



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

EGEM

Receta Médica

FOLIO **M-16941212**

2/ ORDINARIA ☐

MEDICAMENTOS CONTROLADOS GRUPO II y III ☐

3/ NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN

4/ NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA

5/ DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA

6/ CONSULTA EXTERNA ☐

URGENCIAS ☐

HOSPITALIZACIÓN ☐

7/ NOMBRE DEL SERVICIO

8/ N.º LICENCIA SANITARIA:

9/ COBERTURA:

10/ FECHA DE ELABORACIÓN:

11/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN:

20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATALOGO) 21/ CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)

12/ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:

22/ INDICACIONES (DOSIS) 23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO 24/ CANTIDAD SOLICITADA 25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA)

13/ EDAD

14/ GÉNERO

☐ MASCULINO ☐ FEMENINO

20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATALOGO) 21/ CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)

15/ NOMBRE DEL MÉDICO:

22/ INDICACIONES (DOSIS) 23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO 24/ CANTIDAD SOLICITADA 25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA)

16/ R.F.C.:

17/ N.º CÉDULA PROFESIONAL

18/ INSTITUCIÓN QUE EMITE EL TÍTULO

20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATALOGO) 21/ CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)

19/ FIRMA DEL MÉDICO:

22/ INDICACIONES (DOSIS)

23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

24/ CANTIDAD SOLICITADA

25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA)

EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA

26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD

27/ ENTREGUÉ

28/ RECIBÍ

29/ FECHA DE RECIBIDO:

CAJAS

CAJAS

PACIENTE



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISSAM

Solicitud de Laboratorio

1/ UNIDAD MÉDICA:		2/ FECHA DE SOLICITUD:	
		26/10/13	
3/ No. EXPEDIENTE:		5/ No. CAMA:	
CEAES 384			
6/ TIPO DE SERVICIO:		7/ No. PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	
<input checked="" type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> OTROS			
4/ SERVICIO:			
Cext.			
8/ NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S)).		9/ EDAD:	
Angela Isabella Perez		23	
11/ DIAGNÓSTICO REAL O PRESUNTIVO:		10/ GÉNERO:	
ps. colecistitis		MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input checked="" type="checkbox"/>	
12/ ESTUDIO (S) SOLICITADO (S):			
Hecolima ultrasonido de Hgado y ves biliar.			
= Digesta =			
13/ ELABORÓ		14/ Vo. Bo.	
[Firma]			
(NOMBRE, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE)		15/ No. DE INTERVENCIONES DE CAUSES	
[Firma]			
(NOMBRE, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL GESTOR DE SEGURO POPULAR)			