



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



FOLIO **M-16940856**

## Receta Médica

2/ ORDINARIA <input type="checkbox"/>		MEDICAMENTOS CONTROLADOS GRUPO II y III <input type="checkbox"/>			
3/ NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN		4/ NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA		5/ DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA	
02-1xtlahuac		CEAPS STM		STM	
6/ CONSULTA EXTERNA <input checked="" type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>		7/ NOMBRE DEL SERVICIO		10/ FECHA DE ELABORACIÓN	
8/ No. LICENCIA SANITARIA		C. General		09/11/23	
11/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN		9/ COBERTURA		21/ CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)	
12/ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATALOGO)		25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA)	
Celia Mateo Menon		22/ INDICACIONES (DOSIS): 1 tableta de 400mg		24/ CANTIDAD SOLICITADA: 1	
13/ EDAD: 20		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 3 días		21/ CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)	
14/ GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATALOGO): Ac. Cefalexinico 175mg		25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA)	
15/ NOMBRE DEL MÉDICO		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 3 días		21/ CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)	
16/ R.F.C.: APS Aldo Tlance		24/ CANTIDAD SOLICITADA: 1		25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA)	
17/ No. CÉDULA PROFESIONAL		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATALOGO)		21/ CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)	
18/ INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL TÍTULO		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO		25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA)	
19/ FIRMA DEL MÉDICO		24/ CANTIDAD SOLICITADA		21/ CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)	
22/ INDICACIONES (DOSIS):		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO		25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA)	
26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD		27/ ENTREGUE:		29/ FECHA DE RECIBIDO	
EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA		CAJAS		CAJAS	

ISEM/BOTICA PROVEEDOR