



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Receta Médica

1/ FOLIO **M-15523763**

2/ ORDINARIA ☐

MEDICAMENTOS CONTROLADOS GRUPO II y III ☐

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| 3/ NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN: <i>Atlixco</i> | | 4/ NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA: <i>MCH0004033</i> | | 5/ DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA: <i>Buena Vista</i> | |
| 6/ CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN: <input type="checkbox"/> | | 7/ NOMBRE DEL SERVICIO: <i>Consulta general</i> | | | |
| 8/ No. LICENCIA SANITARIA: | | 9/ COBERTURA: | | 10/ FECHA DE ELABORACIÓN: <i>09/10/17</i> | |
| 11/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN: | | 20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Naloxona 250mg</i> | | 21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10) | |
| 12/ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: <i>Limón Ignacio Porcayo</i> | | 22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>10mg</i> | | 23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: <i>2</i> | |
| 13/ EDAD: <i>22</i> | | 14/ GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO | | 24/ CANTIDAD SOLICITADA: <i>12</i> | |
| 15/ NOMBRE DEL MÉDICO: Aurora J. Porcayo Flores | | 20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Lorazepam 10mg</i> | | 21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10) | |
| 16/ INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL TÍTULO: Médico Pasante de Servicio Social | | 22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>10mg</i> | | 23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: <i>1</i> | |
| 17/ No. CÉDULA PROFESIONAL: | | 24/ CANTIDAD SOLICITADA: <i>12</i> | | 25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA): <i>12</i> | |
| 18/ INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL TÍTULO: | | 20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO CATÁLOGO): <i>Dexametasona</i> | | 21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10) | |
| 19/ FIRMA DEL MÉDICO: | | 22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>10mg</i> | | 23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: <i>1</i> | |
| 24/ CANTIDAD SOLICITADA: <i>12</i> | | 25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA): <i>12</i> | | 26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD: | |
| 27/ ENTREGUÉ: <i>30</i> | | 28/ RECIBÍ: <i>CAJAS</i> | | 29/ FECHA DE RECIBIDO: | |

PACIENTE