



Receta Médica

1/ FOLIO **M-16533386**

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>MOSSA003485</i> | | 5/ DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA: <i>8M17</i> | |
| 6/ CONSULTA EXTERNA <input checked="" type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN: <input type="checkbox"/> | | 7/ NOMBRE DEL SERVICIO: <i>C.E.</i> | | | |
| 8/ No. LICENCIA SANITARIA: | | 9/ COBERTURA: | | 10/ FECHA DE ELABORACIÓN: <i>11/09/23</i> | |
| 11/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN: | | 20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Ibuprofeno tabletas 400mg</i> | | 21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10) | |
| 12/ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: <i>Fuentes Rojas David</i> | | 22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>400 mg una vez oral cada 12 horas</i> | | 24/ CANTIDAD SOLICITADA: | |
| 13/ EDAD: <i>31A</i> | | 14/ GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO | | 20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Paracetamol tabletas 10 mg</i> | |
| 15/ NOMBRE DEL MÉDICO: <i>MOSS Eusebio</i> | | 22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>10 mg una vez oral cada 24 horas</i> | | 24/ CANTIDAD SOLICITADA: | |
| 16/ R.F.C.: | | 17/ No. CÉDULA PROFESIONAL: 18/ INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL TÍTULO: | | 20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Amoxicilina solución 300 mg</i> | |
| 19/ FIRMA DEL MÉDICO: <i>[Firma]</i> | | 22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>10 ml una vez oral cada 6 horas por 5 días</i> | | 24/ CANTIDAD SOLICITADA: | |
| EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA | | 26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD: | | 27/ ENTREGUÉ: CAJAS | |
| | | | | 28/ RECIBÍ: CAJAS | |
| | | | | 29/ FECHA DE RECIBIDO: | |

Paracetamol, tabletas 300 mg. 300 mg una vez oral en caso de fiebre, continuar cada 12 horas por 5 días

PACIENTE