



Receta Médica

1/ FOLIO **M-15147559**

2/ ORDINARIA ☐

MEDICAMENTOS CONTROLADOS GRUPO II y III ☐

3/ NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN: Ixtilahuaca.		4/ NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA: MISMAQ02884		5/ DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA: COP.	
6/ CONSULTA EXTERNA <input checked="" type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN: <input type="checkbox"/>			7/ NOMBRE DEL SERVICIO: CE		
8/ No. LICENCIA SANITARIA:		9/ COBERTURA:		10/ FECHA DE ELABORACIÓN: 15-06-23	
11/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN:		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): Paracetamol			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10): 37.5 mg 137.5 mg
12/ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: Lizbeth de la Luz Dominguez		22/ INDICACIONES (DOSIS): Tomar una	23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 10 cada 8 hrs por 5 días	24/ CANTIDAD SOLICITADA: (una)	
13/ EDAD: 24 a.	14/ GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): Fisostigmina		21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10): tabletas 10 mg	
15/ NOMBRE DEL MÉDICO: Rafael Garcia Rabin 6.		22/ INDICACIONES (DOSIS): Tomar una	23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 10 cada 12 hrs por 3 días	24/ CANTIDAD SOLICITADA: (una)	
16/ R.F.C.:		17/ No. CÉDULA PROFESIONAL: MPS	20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO):		21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10):
18/ INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL TÍTULO:		22/ INDICACIONES (DOSIS):		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:	24/ CANTIDAD SOLICITADA:
19/ FIRMA DEL MÉDICO:		22/ INDICACIONES (DOSIS):		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:	24/ CANTIDAD SOLICITADA:
25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA):		26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD:		27/ ENTREGUÉ: CAJAS	28/ RECIBÍ: CAJAS
29/ FECHA DE RECIBIDO:		29/ FECHA DE RECIBIDO:		29/ FECHA DE RECIBIDO:	

PACIENTE