



Receta Médica

1/ FOLIO **M-16192801**

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 <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN: <input type="checkbox"/>			7/ NOMBRE DEL SERVICIO:		
8/ No. LICENCIA SANITARIA:			9/ COBERTURA:		10/ FECHA DE ELABORACIÓN: 18-07-22
11/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN:		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO):			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (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 <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO):			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (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/ No. CÉDULA PROFESIONAL:	20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO):		21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)
		18/ INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL TÍTULO:			
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: CAJAS	28/ RECIBÍ: CAJAS
				29/ FECHA DE RECIBIDO: 18-07-22	

PACIENTE