



# Receta Médica

1/ FOLIO **M-15522973**

2/ ORDINARIA ☐

MEDICAMENTOS CONTROLADOS GRUPO II y III ☐

3/ NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN: Ixtlahuaca		4/ NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA: MCSA 007314		5/ DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA: Cerro la Cruz	
6/ CONSULTA EXTERNA <input checked="" type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN: <input type="checkbox"/>			7/ NOMBRE DEL SERVICIO: Consulta externa		
8/ No. LICENCIA SANITARIA:			9/ COBERTURA:		10/ FECHA DE ELABORACIÓN: 30/05/23
11/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN:		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): Paracetamol en tableta		21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10):	
12/ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: Dña. [illegible]		22/ INDICACIONES (DOSIS): Tome 2 ceds. 12 hrs x 7 días.		24/ CANTIDAD SOLICITADA: 2	
13/ EDAD: 24	14/ GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): Ketorolaco en tableta		21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10):	
15/ NOMBRE DEL MÉDICO: MCSA Cmo. Hareles		22/ INDICACIONES (DOSIS): Tome 1 ceda. 8 hrs x 5 días.		24/ CANTIDAD SOLICITADA: 5	
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): Paracetamol en tableta	
19/ FIRMA DEL MÉDICO: [Firma]		22/ INDICACIONES (DOSIS): Tome 2 (ceda) dos veces al día y antes de dormir.		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 1 ceda. 8 hrs x 5 días.	
EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA		26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD: [Firma]		27/ ENTREGUÉ: 10 CAJAS	28/ RECIBÍ: CAJAS
				29/ FECHA DE RECIBIDO:	

PACIENTE