



Receta Médica

1/ FOLIO **M-14578392**

2/ ORDINARIA ☒

MEDICAMENTOS CONTROLADOS GRUPO II y III ☐

3/ NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN: Ixtlahuaca		4/ NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA: San Pedro Bernal, MESSA/CERRO		5/ DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA: Av. Gustavo Baz Poch					
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: 14-08-2023					
11/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN:		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): Fenilefrina 30mg			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)				
12/ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: Miguel Ángel Martínez Morales		22/ INDICACIONES (DOSIS): 30mg		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 5 días		24/ CANTIDAD SOLICITADA:			
13/ EDAD: 30 años		14/ GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): Ibuprofeno 400mg			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)		
15/ NOMBRE DEL MÉDICO: Martínez Marín Rosa G		22/ INDICACIONES (DOSIS): Tomar 1 q 4h		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 3 días		24/ CANTIDAD SOLICITADA:			
16/ R.F.C.:		17/ No. CÉDULA PROFESIONAL: 4096 PAINCELANO/14000001		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: Rosa G. Martínez		22/ INDICACIONES (DÓSI):		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:		24/ CANTIDAD SOLICITADA:	
25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA):		26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD:		27/ ENTREGUÉ: 2 CAJAS		28/ RECIBÍ: 2 CAJAS		29/ FECHA DE RECIBIDO: 14-08-23	

PACIENTE