



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Receta Médica

1/ FOLIO **M-15854904**

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 checked="" type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN: <input type="checkbox"/> | | 7/ NOMBRE DEL SERVICIO: | | | |
| 8/ No. LICENCIA SANITARIA: | | 9/ COBERTURA: | | 10/ FECHA DE ELABORACIÓN: | |
| 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 checked="" 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: | |

PACIENTE