



# Receta Médica

1/ FOLIO **M-16093295**

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:

**IXTLAHUACA 1002**

**HOSPITAL GENERAL "HERMENEGILDO GALEANA" HUIPILCO MEXICO** **CARRERA IXTLAHUACA HUIPILCO KM 15, EJIDO DE SANTA MARÍA, HUIPILCO**

6/ CONSULTA EXTERNA ☐ URGENCIAS ☒ HOSPITALIZACIÓN: ☐

7/ NOMBRE DEL SERVICIO:

8/ No. LICENCIA SANITARIA:

9/ COBERTURA:

10/ FECHA DE ELABORACIÓN:

**14AM1500470001**

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

☐ MASCULINO ☐ 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:

18/ INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL TÍTULO:

20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO):

21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)

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:

28/ RECIBÍ:

29/ FECHA DE RECIBIDO:

CAJAS

CAJAS

PACIENTE