



Receta Médica

1/ FOLIO **M-14589797**

2/ ORDINARIA ☒

MEDICAMENTOS CONTROLADOS GRUPO II y III ☐

3/ NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN

Ixtlahuaca

4/ NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:

MCSHNO003

5/ DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA:

Barrío IV

6/ CONSULTA EXTERNA ☒

URGENCIAS ☐

HOSPITALIZACIÓN: ☐

7/ NOMBRE DEL SERVICIO:

Consultas general

8/ No. LICENCIA SANITARIA:

9/ COBERTURA:

10/ FECHA DE ELABORACIÓN:

22/05/2023

11/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN:

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

Paracetamol 500mg

21/ CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)

12/ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:

Brenda Flores Cutillo

22/ INDICACIONES (DOSIS):

Tomar 1 tableta cada 6 horas por 3 días

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):

Ambrast 30mg

21/ CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)

15/ NOMBRE DEL MÉDICO:

Aurora J. Porcayo Flores

22/ INDICACIONES (DOSIS):

Tomar 1 tableta cada 8 horas por 5 días

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):

Clonazepam 4mg

21/ CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)

19/ FIRMA DEL MÉDICO:

22/ INDICACIONES (DOSIS):

23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:

24/ CANTIDAD SOLICITADA:

25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA):

Tomar

1 tableta cada 12 horas

por 5 días

por 5 días

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:

ISEM/BOTICA PROVEEDOR