



# Receta Médica

1/ FOLIO **M-14793886**

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 ☒ URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN: ☐

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 DIAGNÓSTICO (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 DIAGNÓSTICO (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 DIAGNÓSTICO (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:

28/ RECIBÍ:

29/ FECHA DE RECIBIDO:

CAJAS

CAJAS

Omeprazol 20mg Tableta cada 8 horas por 5 días (uno)

PACIENTE