



Receta Médica

1/ FOLIO **M-14576680**

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 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:	
13/ EDAD:		14/ GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		24/ CANTIDAD SOLICITADA:	
15/ NOMBRE DEL MÉDICO:		22/ INDICACIONES (DOSIS):		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:	
16/ R.F.C.:		17/ No. CÉDULA PROFESIONAL:		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO):	
18/ INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL TÍTULO:		21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)		24/ CANTIDAD SOLICITADA:	
19/ FIRMA DEL MÉDICO:		22/ INDICACIONES (DOSIS):		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:	
20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO):		24/ CANTIDAD SOLICITADA:		25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA):	
26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD:		27/ ENTREGUÉ:		28/ RECIBÍ:	
29/ FECHA DE RECIBIDO:		CAJAS		CAJAS	

PACIENTE