



Receta Médica

1/ FOLIO **M-15154941**

2/ ORDINARIA ☒

MEDICAMENTOS CONTROLADOS GRUPO II y III ☐

3/ NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN <i>Hidalgo</i>		4/ NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA: <i>C.S. Tlalpachilla</i>		5/ DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA: <i>Tlalpachilla</i>	
6/ CONSULTA EXTERNA <input checked="" type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN: <input type="checkbox"/>		7/ NOMBRE DEL SERVICIO: <i>Consulta externa</i>			
8/ No. LICENCIA SANITARIA:		9/ COBERTURA:		10/ FECHA DE ELABORACIÓN: <i>06-06-2023</i>	
11/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN:		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Butilbromuro 10mg</i>		21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)	
12/ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: <i>Abel Israel Franco Gonzalez</i>		22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>1 cada 8 horas</i>		24/ CANTIDAD SOLICITADA: <i>por 3 días</i>	
13/ EDAD: <i>22 años</i>		14/ GÉNERO <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Ibuprofeno 400mg</i>	
15/ NOMBRE DEL MÉDICO: <i>Dana Abel Medina</i>		22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>1 cada 6 horas</i>		24/ CANTIDAD SOLICITADA: <i>5 días</i>	
16/ R.F.C.:		17/ No. CÉDULA PROFESIONAL:		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO):	
19/ FIRMA DEL MÉDICO:		18/ INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL TÍTULO:		21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)	
22/ INDICACIONES (DOSIS):		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:		24/ CANTIDAD SOLICITADA:	
25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA):		26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD:		27/ ENTREGUÉ:	
28/ RECIBÍ:		29/ FECHA DE RECIBIDO:		CAJAS	

PACIENTE