



1/ FOLIO **M-17367523**

2/ ORDINARIA <input type="checkbox"/>		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 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		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO):	
21/ CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)		25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA):		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):		26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD:		27/ ENTREGUÉ:		28/ RECIBÍ:	
29/ FECHA DE RECIBIDO:		EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA		CAJAS		CAJAS	

PACIENTE