



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

CEEM

# Receta Médica

1/ FOLIO **M-17377142**

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)

18/ INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL TÍTULO

24/ CANTIDAD SOLICITADA

25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA)

19/ FIRMA DEL MÉDICO

22/ INDICACIONES (DOSIS)

23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

27/ ENTREGUE

28/ RECIBE

29/ FECHA DE RECIBIDO

EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA

26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD

CAJAS

CAJAS

PACIENTE