



Receta Médica

1/ FOLIO **M-16927205**

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	
26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD		27/ ENTREGUÉ		28/ RECIBÍ	
EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA		29/ FECHA DE RECIBIDO		CAJAS	

PACIENTE