



Receta Médica

1/ FOLIO **M-17365964**

2/ ORDINARIA ☐

MEDICAMENTOS CONTROLADOS GRUPO II y III ☐

3/ NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN: <i>Ixtlahuaca</i>		4/ NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA: <i>CS Emiliano Zapata de Chapultepec</i>		5/ DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA: <i>Consultorio</i>	
6/ CONSULTA EXTERNA <input 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>11/12/23</i>	
11/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN: <i>654</i>		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Cefalexina</i>			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)
12/ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: <i>Alvarado Jose German</i>		22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>tomar 1 tableta por 7 días</i>	23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:	24/ CANTIDAD SOLICITADA:	25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA): <i>Uno</i>
13/ EDAD: <i>38</i>	14/ GÉNERO <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Dextrometorfano</i>			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)
15/ NOMBRE DEL MÉDICO: <i>Corea Romero Edwin</i>		22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>tomar 5 ml 4 veces por 4 días</i>	23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:	24/ CANTIDAD SOLICITADA:	25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA): <i>Uno</i>
16/ R.F.C.:	17/ No. CÉDULA PROFESIONAL: <i>12345</i>	20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Difenhydramina</i>			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)
18/ INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL TÍTULO:		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Difenhydramina</i>			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)
19/ FIRMA DEL MÉDICO: <i>[Firma]</i>		22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>tomar 10ml 4 veces por 4 días</i>	23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:	24/ CANTIDAD SOLICITADA:	25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA): <i>Doce</i>
EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA		26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD:		27/ ENTREGUÉ:	28/ RECIBÍ:
				CAJAS	CAJAS
29/ FECHA DE RECIBIDO:					

PACIENTE