



Receta Médica

1/ FOLIO **M-16188179**

2/ ORDINARIA ☒

MEDICAMENTOS CONTROLADOS GRUPO II y III ☐

3/ NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN: Tuxtla Gutierrez		4/ NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA: Mezcala		5/ DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA: Mezcala 10		
6/ CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN: <input type="checkbox"/>			7/ NOMBRE DEL SERVICIO: Consulta externa			
8/ No. LICENCIA SANITARIA:			9/ COBERTURA: P.A.		10/ FECHA DE ELABORACIÓN: 09/09/23	
11/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN:		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): Amoxicilina 500mg/klmco tab 500mg			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)	
12/ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: Daniela Pina Sanchez		22/ INDICACIONES (DOSIS): Tab 500/8	23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 7 días	24/ CANTIDAD SOLICITADA: 2	25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA): DOS	
13/ EDAD: 23 años	14/ GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): Paracetamol 300mg/30 mg			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)	
15/ NOMBRE DEL MÉDICO: Samuel Flores Cayetano		22/ INDICACIONES (DOSIS): Tab 500/8	23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 5 días	24/ CANTIDAD SOLICITADA: 1	25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA): uno	
16/ R.F.C.:		17/ No. CÉDULA PROFESIONAL: 18/ INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL TÍTULO:	20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO CATÁLOGO): Paracetamol, Clonitramina, amon empro			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)
19/ FIRMA DEL MÉDICO: [Firma]		22/ INDICACIONES (DOSIS): Tab 500/6h	23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 5 días	24/ CANTIDAD SOLICITADA: 1	25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA): uno	
EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA		26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD: [Firma]		27/ ENTREGUÉ: 4 CAJAS	28/ RECIBÍ: 2 CAJAS	
				29/ FECHA DE RECIBIDO: 09/09/23		

PACIENTE