



Receta Médica1		FOLIO		null	null
NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN		NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA		DOMICILIO DE LA UNIDAD MEDICA	
null		null		null	
CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO		No. LICENCIA	COBERTURA		
10-Consulta Externa			<input type="checkbox"/> SP <input checked="" type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> OP		
No. DE EXPEDIENTE Y DE AFILIACIÓN					
null					
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE					
null					
EDAD	GENERO				
null	null				
NOMBRE DEL MÉDICO					
null					
R.F.C.	NUM. DE CED. PROFES				
null	null				
FIRMA DEL MÉDICO					
EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA					
NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD		ENTREGUE	CAJAS	RECIBI	CAJAS
				FECHA DE RECIBIDO	

-SP- SEGURO POPULAR PA- POBLACIÓN ABIERTA OP- OPORTUNIDADES

ESTA RECETA NO ESTÁ AUTORIZADA PARA PRESCRIPCIÓN DE ESTUPEFACIENTES

ORIGINAL: ARCHIVO
