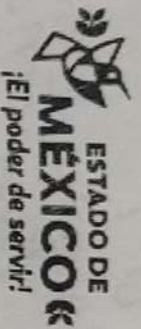




GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO



ESTADO DE MEXICO SECRETARIA DE SALUD



RECETA MEDICA

FOLIO CL5-02986

2/ Tipo de Receta <input checked="" type="checkbox"/> Ordinaria <input type="checkbox"/> Medicamentos Controlados Grupo II y III	
3/ Nombre y Clave de Jurisdiccion NAUCALPAN	
4/ Nombre y Clave de la Unidad Medica EL MOLINITO MCIMB003842	
5/ <input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Urgencias	6/ Numero de Licencia Semitaria
7/ <input type="checkbox"/> Hospitalizacion <input type="checkbox"/> Nombre del Servicio CONSULTA EXTRENA 1001	8/ <input checked="" type="checkbox"/> SIN SEGURIDAD <input type="checkbox"/> IMES <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> Otro
9/ Cobertura	10/ Fecha de Elaboracion 17-JUNIO-2025
11/ Numero de Expediente de la e del Paciente 10572	12/ Clave de Diagnostico
13/ Nombre Completo de la e del Paciente GONZALEZ MARTINEZ JOSE ANTONIO	14/ Clave y Nombre Genérico del Medicamento ALUMINIO Y MAGNESIO TAB
15/ Fecha de Nacimiento de la e del Paciente	16/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
17/ Edad 44 AÑOS <input checked="" type="checkbox"/> Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	18/ Clave y Nombre Genérico del Medicamento MASTICAR 2 TAB CADA 8 HRS
19/ Nombre del Personal Medico DR CRISTOBAL TELLEZ PEREZ	20/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
21/ Institucion que expide el Titulo UNAM	22/ Cantidad Solicitada 2
23/ No. de Cedula Profesional 2631728	24/ Clave y Nombre Genérico del Medicamento TOMAR 1 TAB CADA 24 HRS
25/ Firma del Personal Medico	26/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
27/ Firma de Recibido de la Unidad	28/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
29/ Indicaciones	30/ Cantidad Solicitada 1
31/ Indicaciones	32/ Cantidad Solicitada 1
33/ Indicaciones	34/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
35/ Indicaciones	36/ Cantidad Solicitada 1
37/ Indicaciones	38/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
39/ Indicaciones	40/ Cantidad Solicitada 1
41/ Indicaciones	42/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
43/ Indicaciones	44/ Cantidad Solicitada 1
45/ Indicaciones	46/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
47/ Indicaciones	48/ Cantidad Solicitada 1
49/ Indicaciones	50/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
51/ Indicaciones	52/ Cantidad Solicitada 1
53/ Indicaciones	54/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
55/ Indicaciones	56/ Cantidad Solicitada 1
57/ Indicaciones	58/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
59/ Indicaciones	60/ Cantidad Solicitada 1
61/ Indicaciones	62/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
63/ Indicaciones	64/ Cantidad Solicitada 1
65/ Indicaciones	66/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
67/ Indicaciones	68/ Cantidad Solicitada 1
69/ Indicaciones	70/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
71/ Indicaciones	72/ Cantidad Solicitada 1
73/ Indicaciones	74/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
75/ Indicaciones	76/ Cantidad Solicitada 1
77/ Indicaciones	78/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
79/ Indicaciones	80/ Cantidad Solicitada 1
81/ Indicaciones	82/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
83/ Indicaciones	84/ Cantidad Solicitada 1
85/ Indicaciones	86/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
87/ Indicaciones	88/ Cantidad Solicitada 1
89/ Indicaciones	90/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
91/ Indicaciones	92/ Cantidad Solicitada 1
93/ Indicaciones	94/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
95/ Indicaciones	96/ Cantidad Solicitada 1
97/ Indicaciones	98/ Duracion del Tratamiento 30DIAS
99/ Indicaciones	100/ Cantidad Solicitada 1

NOTA IMPORTANTE: EN CASO DE QUE NO SE CUENTE CON ALGUNO DE LOS MEDICAMENTOS, EL PROVEEDOR TENDRA 60 MINUTOS PARA SURTIR LA RECETA TOTALMENTE.

208C01011000000L-014-24