



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

RECETA MÉDICA

Dr. Dagoberto Silvestre Esteban

Alexa Avendaño Trujillo

Medicina Forense

5 “A”

Comitán de Domínguez, Chiapas a 29 de enero 2024

RECETA MÉDICA

FOLIO No.

636219

Se le domina receta médica al documento suscrito por el médico tratante, en el que se indican las prescripciones terapéuticas a las cuales deberán sujetarse los pacientes para el surtimiento de los medicamentos necesarios.

UNIDAD MÉDICA:	DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA:			
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE:	FECHA DE ELABORACIÓN: Día Mes Año			
NÚMERO DE EXPEDIENTE:	POPULACIÓN ATENDIDA:			
CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO:	CANTIDAD SURTIDA			
INDICACIONES: (dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento)	CANTIDAD SURTIDA			
CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO:	CANTIDAD SURTIDA			
INDICACIONES: (dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento)	CANTIDAD SURTIDA			
CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO:	CANTIDAD SURTIDA			
INDICACIONES: (dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento)	CANTIDAD SURTIDA			
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO:	CÉDULA PROFESIONAL NÚMERO:	REGISTRO DE ESPECIALIDAD NÚMERO:		
FIRMA DEL MÉDICO:	TÍTULO DEL MÉDICO EXPEDIDO POR:	NOMBRE, FIRMA O HUELLA DACTILAR DE RECIBIDO:	SURTIDO EN FARMACIA: <input type="checkbox"/> Propia	FECHA DE RECIBIDO:

De acuerdo a la legislación sanitaria

- 01 Nombre del medico que prescribe
- 02 Número de cédula profesional
- 03 Nombre de la institución que órtogo titulo prefesional
- 04 Especialidad médica
- 07 Domicilio completo del establecimiento

Datos

información manuscrita que debe contener
cada receta

01

FECHA DE EMISIÓN

02

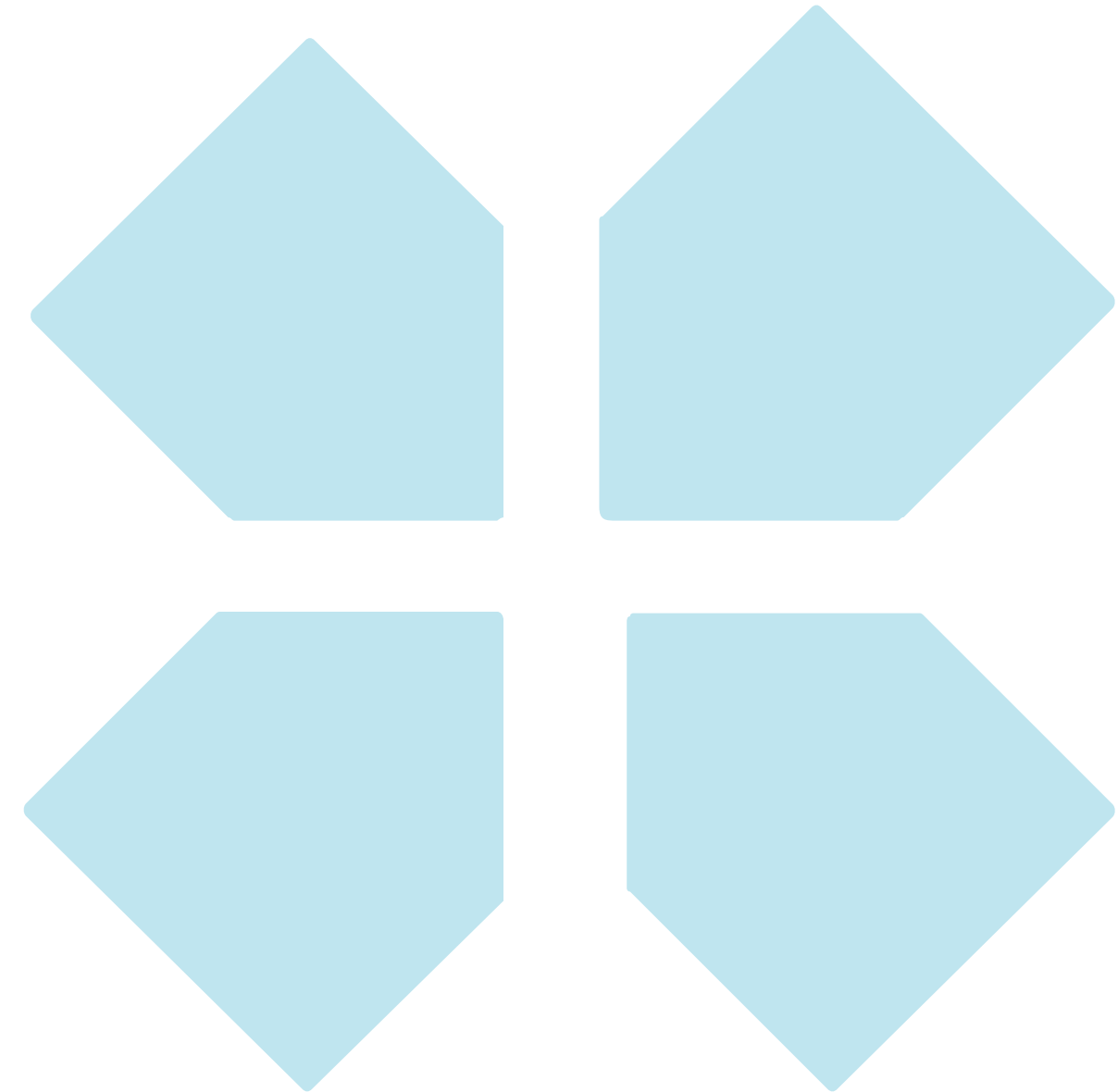
NOMBRE Y EDAD DEL PACIENTE

03

DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO

04

**PRESENTACIÓN, DOSIS, FRECUENCIA,
VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y TIEMPO DE
DURACIÓN**



Datos

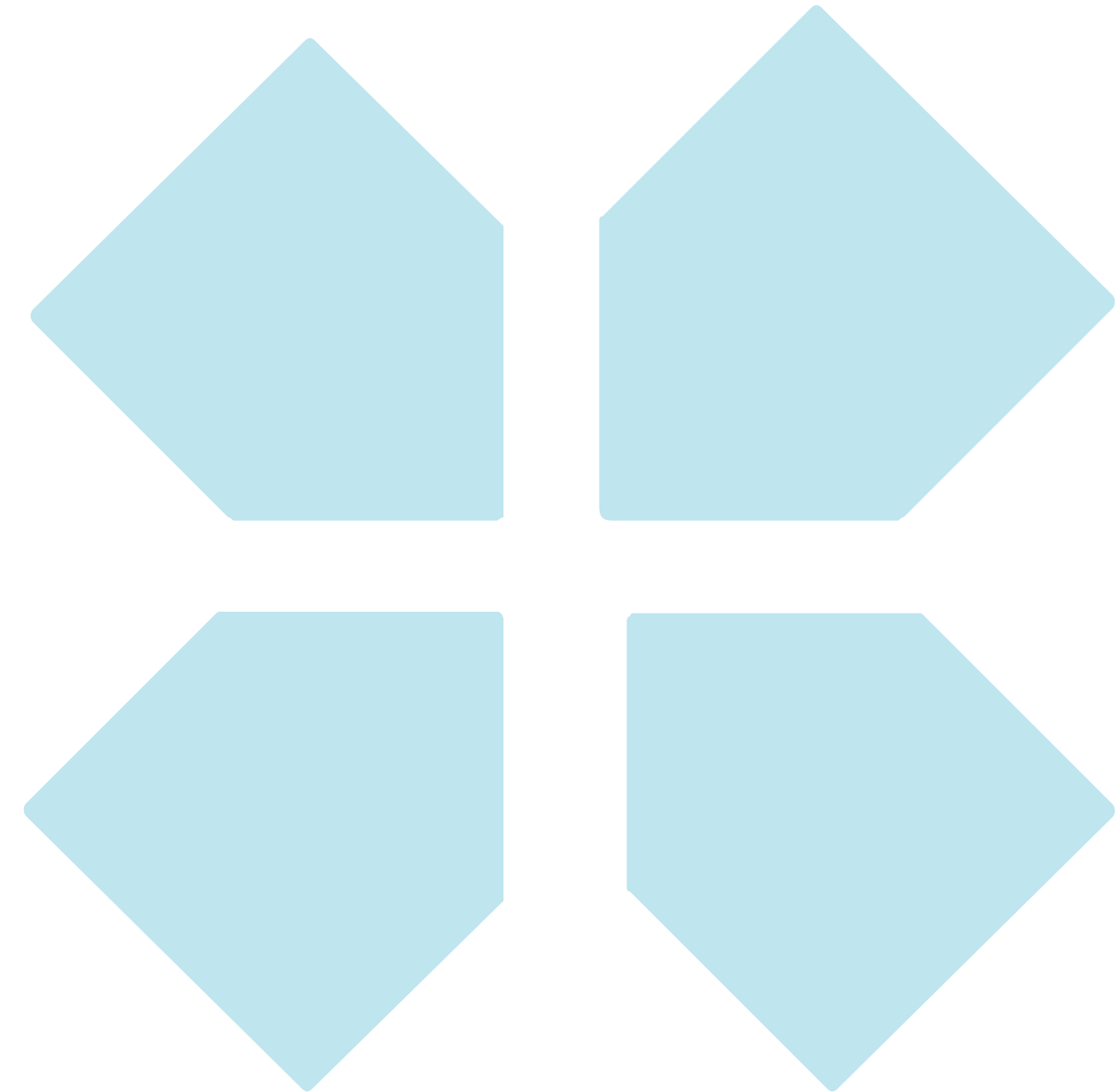
información manuscrita que debe contener
cada receta

05

CANTIDAD A SURTIR

06

**FIRMA AUTÓGRAFA DEL MÉDICO
(SELLO DE LA INSTITUCIÓN
HOSPITALARIA)**





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS



SECRETARÍA
DE SALUD
GOBIERNO DE CHIAPAS

RECETA MÉDICA

FOLIO No.

636219

UNIDAD MÉDICA:		DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA:		FECHA DE ELABORACIÓN: Día Mes Año	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE:		SERVICIO: <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Otro: _____			* POBLACIÓN ATENDIDA:
NÚMERO DE EXPEDIENTE:	EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	DIAGNÓSTICO:		
CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO:				CANTIDAD RECETADA	CANTIDAD SURTIDA
INDICACIONES: (dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento)					
CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO:				CANTIDAD RECETADA	CANTIDAD SURTIDA
INDICACIONES: (dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento)					
CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO:				CANTIDAD RECETADA	CANTIDAD SURTIDA
INDICACIONES: (dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento)					
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO:			CÉDULA PROFESIONAL NÚMERO:	REGISTRO DE ESPECIALIDAD NÚMERO:	
FIRMA DEL MÉDICO:	TÍTULO DEL MÉDICO EXPEDIDO POR:	NOMBRE, FIRMA O HUELLA DACTILAR DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE		SURTIDO EN FARMACIA: <input type="checkbox"/> Propia	FECHA DE RECIBIDO: Día Mes Año
				NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN SURTIÓ	

*Según Programa

ESTA RECETA NO ES VÁLIDA PARA
PRESCRIPCIÓN DE ESTUPEFACIENTES.

ESTA RECETA DEBERÁ SURTIRSE GRATUITAMENTE EN LA FARMACIA
DE LA UNIDAD MÉDICA O DONDE SE INDIQUE Y TENDRÁ UNA
VIGENCIA DE TREINTA DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU ELABORACIÓN.

" Sigue las indicaciones de tu médico al
pie de la letra ¡es por tu salud! "

DISPENSACIÓN DE ANTIBIÓTICOS

1. Código de barras asignado por la Secretaria de Salud o autoridades Sanitarias Estatales.

2. Número de folio

3. Tratamiento no mayor de 30 días

4. Dosis ajustada a indicaciones terapéuticas del medicamento

5. Diagnóstico médico



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS
RECETA MÉDICA



SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE CHIAPAS

FOLIO No. **6360**

UNIDAD MÉDICA: HGX COMIQUÉ		DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA: 97 e SUR ORE 11		FECHA DE ELABORACIÓN: Día Mes 11/02/17	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: [REDACTED]		SERVICIO: <input type="checkbox"/> Consulta externa <input checked="" type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Otro:		POBLACIÓN ATENDIDA:	
NÚMERO DE EXPEDIENTE:		EDAD: 76	SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	DIAGNÓSTICO: CRISIS CONVULSIVAS	
CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO: DIAZEPAM		INDICACIONES: (dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento) 1 amp. en crisis; 18 hrs. en BOLD.		CANTIDAD RECETADA: 5 PIS	CANTIDAD SURTIDA:
CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO: amp. 20 mg.		INDICACIONES: (dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento) 1 amp. en crisis; 18 hrs. en BOLD.		CANTIDAD RECETADA:	CANTIDAD SURTIDA:
CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO:		INDICACIONES: (dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento)		CANTIDAD RECETADA:	CANTIDAD SURTIDA:
CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO:		INDICACIONES: (dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento)		CANTIDAD RECETADA:	CANTIDAD SURTIDA:
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO: Yamillet Ileana Aguilar Sandoval		CÉDULA PROFESIONAL NÚMERO:		REGISTRO DE ESPECIALIDAD N:	
FIRMA DEL MÉDICO: SALAZAR NARVAEZ		NOMBRE, FIRMA O HUELLA DACTILAR DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE:		SURTIDO EN FARMACIA: <input type="checkbox"/> Propia	

*Según Programa

ESTA RECETA NO ES VÁLIDA PARA PRESCRIPCIÓN DE ESTUPEFACIENTES.

ESTA RECETA DEBERÁ SURTIRSE GRATUITAMENTE EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD MÉDICA O DONDE SE INDIQUE Y TENDRÁ UNA VIGENCIA DE TREINTA DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU ELABORACIÓN.

" Sigue las instrucciones de la etiqueta "