

# RECETA MEDICA PARA MEDICAMENTOS GRUPO II, III y IV

**Dr.**

Médico Cirujano y Partero  
Instituto Politécnico Nacional  
Ced. Prof.



NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Nombre y  
edad del  
paciente

Fecha de  
emisión de  
la receta

Fecha de  
nacimiento

- Presentación comercial  
(indica forma farmacéutica,  
contenido y concentración del  
medicamento)
- Vía de administración
- Frecuencia
- Tiempo de duración del  
tratamiento

Firma  
autógrafa  
del médico

Corporativo Hospital Satélite  
Circuito Arquitectos No.  
Cd. Satélite, Naucalpan de Juárez.  
Tel 55 5089 1410 ext.

Número de  
contacto  
del médico

Domicilio  
completo de  
quien prescribe