

RECETA MEDICA PARA MEDICAMENTOS GRUPO II, III y IV

Dr.
Médico Cirujano y Partero
Instituto Politécnico Nacional
Ced. Prof.

Nombre y
edad del
paciente

NOMBRE: _____
EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____



CORPORATIVO
HOSPITAL SATELITE®

FECHA: _____

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'V. M. B. M. B.' is placed over a horizontal line.

Firma
autógrafa
del médico

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

Domicilio
completo de
quien prescribe

Número de
contacto
del médico