Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

O.P.D. Servicios de Salud Jalisco
RECETA

Salud Seguro Popular

FOLIO		
DÍA	MES	AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

CLAVE (CLUES): _____ DOMICILIO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

AFILIADO AL SEGURO POPULAR: SI ☐ NO ☐ OPORTUNIDADES: SI ☐ NO ☐ No. DE EXPEDIENTE: _____

NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR: _____

DIAGNÓSTICO (CLAVE CAUSES): _____

CLAVE:	CANTIDAD CON LETRA:
NOMBRE GENÉRICO:	
PRESENTACIÓN:	
INDICACIONES: (Dosis, Via de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)	
CANTIDAD RECIBIDA:	FIRMA DEL PACIENTE

CLAVE:	CANTIDAD CON LETRA:
NOMBRE GENÉRICO:	
PRESENTACIÓN:	
INDICACIONES: (Dosis, Via de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)	
CANTIDAD RECIBIDA:	FIRMA DEL PACIENTE

CLAVE:	CANTIDAD CON LETRA:
NOMBRE GENÉRICO:	
PRESENTACIÓN:	
INDICACIONES: (Dosis, Via de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)	
CANTIDAD RECIBIDA:	FIRMA DEL PACIENTE

Nombre del médico: Cédula profesional: Universidad: Horario de atención: Firma	SELLO DE LA UNIDAD

Copia azul: Paciente

135-046-9581