



TELS.(33) 3854 4135, 3854 3949, 3854 4145



SALUD

SECRETARIA DE SALUD JALISCO

RECETA

SEGURO POPULAR
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

FOLIO 144318

DÍA MES AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

CLAVE (CLUES): _____ DOMICILIO: _____

TEL.: _____

DATOS DEL PACIENTE: CURP: _____ EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: Año: _____ Mes: _____ Día: _____ EDAD: _____ Años: ☐ Meses: ☐ Días: ☐ Horas: ☐

NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR _____

CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____

NOMBRE GENÉRICO: _____ IC: _____

PRESENTACIÓN: _____

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)

ANOTAR EL PACIENTE CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____

CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____

NOMBRE GENÉRICO: _____ IC: _____

PRESENTACIÓN: _____

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)

ANOTAR EL PACIENTE CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____

CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____

NOMBRE GENÉRICO: _____ IC: _____

PRESENTACIÓN: _____

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)

ANOTAR EL PACIENTE CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____

Nombre del médico: _____

Cédula profesional: _____

Cédula de Especialidad: _____

Universidad: _____

Horario de atención: _____

Firma _____

SELLO DE LA UNIDAD



TELS.(33) 3854 4135, 3854 3949, 3854 4145



SALUD

SECRETARIA DE SALUD JALISCO

RECETA

SEGURO POPULAR
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

FOLIO 144318

DÍA MES AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

CLAVE (CLUES): _____ DOMICILIO: _____

TEL.: _____

DATOS DEL PACIENTE: CURP: _____ EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: Año: _____ Mes: _____ Día: _____ EDAD: _____ Años: ☐ Meses: ☐ Días: ☐ Horas: ☐

NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR _____

CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____

NOMBRE GENÉRICO: _____ IC: _____

PRESENTACIÓN: _____

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)

ANOTAR EL PACIENTE CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____

CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____

NOMBRE GENÉRICO: _____ IC: _____

PRESENTACIÓN: _____

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)

ANOTAR EL PACIENTE CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____

CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____

NOMBRE GENÉRICO: _____ IC: _____

PRESENTACIÓN: _____

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)

ANOTAR EL PACIENTE CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____

Nombre del médico: _____

Cédula profesional: _____

Cédula de Especialidad: _____

Universidad: _____

Horario de atención: _____

Firma _____

SELLO DE LA UNIDAD



TELS.(33) 3854 4135, 3854 3949, 3854 4145



SALUD

SECRETARIA DE SALUD JALISCO

RECETA

SEGURO POPULAR
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

FOLIO 144318

DÍA MES AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

CLAVE (CLUES): _____ DOMICILIO: _____

TEL.: _____

DATOS DEL PACIENTE: CURP: _____ EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: Año: _____ Mes: _____ Día: _____ EDAD: _____ Años: ☐ Meses: ☐ Días: ☐ Horas: ☐

NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR _____

CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____

NOMBRE GENÉRICO: _____ IC: _____

PRESENTACIÓN: _____

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)

ANOTAR EL PACIENTE CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____

CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____

NOMBRE GENÉRICO: _____ IC: _____

PRESENTACIÓN: _____

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)

ANOTAR EL PACIENTE CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____

CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____

NOMBRE GENÉRICO: _____ IC: _____

PRESENTACIÓN: _____

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)

ANOTAR EL PACIENTE CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____

Nombre del médico: _____

Cédula profesional: _____

Cédula de Especialidad: _____

Universidad: _____

Horario de atención: _____

Firma _____

SELLO DE LA UNIDAD

Copia azul: Paciente

IC = Intervención CAUSES

135-346-9581



TELS.(33) 3854 4135, 3854 3949, 3854 4145



SALUD

SECRETARIA DE SALUD JALISCO

RECETA

SEGURO POPULAR
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

FOLIO 144318

DÍA MES AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

CLAVE (CLUES): _____ DOMICILIO: _____

TEL.: _____

DATOS DEL PACIENTE: CURP: _____ EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: Año: _____ Mes: _____ Día: _____ EDAD: _____ Años: ☐ Meses: ☐ Días: ☐ Horas: ☐

NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR _____

CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____

NOMBRE GENÉRICO: _____ IC: _____

PRESENTACIÓN: _____

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)

ANOTAR EL PACIENTE CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____

CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____

NOMBRE GENÉRICO: _____ IC: _____

PRESENTACIÓN: _____

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)

ANOTAR EL PACIENTE CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____

CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____

NOMBRE GENÉRICO: _____ IC: _____

PRESENTACIÓN: _____

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)

ANOTAR EL PACIENTE CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____

Nombre del médico: _____

Cédula profesional: _____

Cédula de Especialidad: _____

Universidad: _____

Horario de atención: _____

Firma _____

SELLO DE LA UNIDAD