



Gobierno del
Estado de Sonora

Secretaría
de Salud

SERVICIOS DE SALUD DE SONORA 1424772

FECHA:

DIA MES AÑO

UNIDAD: _____ CLAVE: _____

PACIENTE: _____ APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

R_x	CLAVE	NOMBRE GENERICO	
1.-	INSTRUCCIONES		
2.-	INSTRUCCIONES		
3.-	INSTRUCCIONES		
			NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO
<p>1.- EXPEDIR RECETA ORIGINAL Y COPIA</p> <p>2.- SEÑALAR CLARAMENTE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA CLAVE DEL MEDICAMENTO</p> <p>3.- ANOTAR NOMBRE GENERICO</p> <p>4.- ESPECIFICAR LA PRESENTACIÓN Y DOSIFICACIÓN</p> <p>5.- INDICAR DÓSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN</p>			

"NO TE AUTOMEDIQUES, SIGUE LAS INDICACIONES DEL MÉDICO"

ESTE RECETARIO NO ES VÁLIDO PARA PRESCRIPCIONES DE NARCÓTICOS
"TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN"