

ANEXO 4 DEL CONTRATO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO Y POR LA OTRA PARTE, EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA PARA 2016

FORMAS MODERNAS DE JALISCO  
S.A. DE C.V.

ventas@quikforma.mx

0299-09611

**QUIK FORMS**

TEL: (33) 3654 4135, 3654 3945, 3654 4135



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

RECETA



FOLIO 144315

\_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD	
CLAVE (CLUES)	DOMICILIO
TEL	

DATOS DEL PACIENTE: NÚMERO DE EXFECIENTE	
NOMBRE	
EDAD	Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/>
NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR	

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

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

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

Nombre del médico: Cédula profesional: Cédula de especialidad: Universidad: Organismo de atención:  _____ Firma	sello de la UNIDAD
--	--------------------

Original blanco. Farmacia Subrogada

135-346-9581

FORMAS MODERNAS DE JALISCO  
S.A. DE CV

ventas@quikforma.ms

EDICION 2011

**QUIK FORMAS**

TEL.S: (33) 3854 4135, 3854 2848, 3854 4145



SECRETARIA DE SALUD JALISCO

RECETA



FOLIO 141414

DÍA MES AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD: HOSPITAL GENERAL DE LAGOS DE MORENO

CLAVE (CLUES): JCSSA003250 DOMICILIO: FRANCISCO I. MADERO Y 16 DE SEPTIEMBRE  
CENTRO TEL. (474) 7423508, 7423879

NÚMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR: \_\_\_\_\_

CLAVE: \_\_\_\_\_ CANTIDAD CON LETRA: \_\_\_\_\_

NOMBRE GENÉRICO: \_\_\_\_\_

PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_

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

CANTIDAD RECIBIDA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

CLAVE: \_\_\_\_\_ CANTIDAD CON LETRA: \_\_\_\_\_

NOMBRE GENÉRICO: \_\_\_\_\_

PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_

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

CANTIDAD RECIBIDA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

CLAVE: \_\_\_\_\_ CANTIDAD CON LETRA: \_\_\_\_\_

NOMBRE GENÉRICO: \_\_\_\_\_

PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_

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

CANTIDAD RECIBIDA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

Nombre del médico:  
Cédula profesional:  
Universidad:  
Horario de atención:

SELLO DE LA UNIDAD

Firma