

# RECIBO DE GASTOS.

RECIBÍ DE LA PRESIDENCIA DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE RAYÓN, S.L.P. A TRAVÉS DE LA COORDINACIÓN GENERAL DEL SMDIF, LA CANTIDAD DE:

Solicitud anexa: \_\_\_\_\_

Por concepto de: compra de medicamento

Que será reembolsado: \_\_\_\_\_

Que será comprobado: \_\_\_\_\_

MINISTRACIÓN DE REFERENCIA SE HACE POR ORDEN DE LA  
C. NIDIA BERENICE BALBONTIN ZAMUDIO, PRESIDENTA DEL SMDIF  
DE RAYON, S.L.P.

RAYÓN, S.L.P. A 28 DE Enero DEL 2019.

FIRMA DE RECIBIDO:



ENTREGO:



AUTORIZO:

C. MARIA EDITH HAYAKAWA CAMARGO.  
COORDINADORA DEL SMDIF DE RAYON, S.L.P.

C. NYDIA BERENICE BALBONTIN ZAMUDIO.  
PRESIDENTA DEL SMDIF DE RAYON, S.L.P.

28 DE Enero DE 2019

ASUNTO: SOLICITUD

**C. LEM. NYDIA BERENICE BALBONTIN ZAMUDIO**  
**PRESIDENTA DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL**  
**DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE**  
**RAYON S.L.P.**

**PRESENTE:**

POR MEDIO DEL PRESENTE ESCRITO ME PERMITO MANDARLE UN SALUDO Y DE LA MANERA MÁS ATENTA SOLICITO SU APOYO Y LA DE LA INSTITUCIÓN QUE DIGNAMENTE PRESIDE, PARA la compra de un medicamento para la tos que en el centro de salud no me lo pudieron proporcionar.

SIN OTRO PARTICULAR POR EL MOMENTO, QUEDO DE USTED COMO SU ATENTO Y SEGURO SERVIDOR, AGRADECIENDO DE ANTEMANO LA ATENCIÓN PRESTADA AL PRESENTE.

**ATENTAMENTE.**



---

JUAREZ # 109, C.P. 79740, ZONA CENTRO, RAYÓN, S.L.P  
TEL. (487) 877 01 55  
EMAIL: difrayon2018-2021@hotmail.com



SERVICIOS DE SALUD

UNIDAD MÉDICA: C.S. Rayón  
 DOMICILIO DE LA UNIDAD: Juaréz 185  
 NOMBRE DEL PACIENTE: Albana Holz Gtz • EDAD: 52 años  
 FECHA: 28/01/19 No. EXPEDIENTE: 124  
 DIAGNÓSTICO: FAB

FOLIO 17/ 993773

PN  OP  SP

### RECETA MÉDICA

NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO, PRESENTACIÓN, DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, FRECUENCIA Y TIEMPO DEL TRATAMIENTO  
Anoxicilina/ Acido Clovulánico tableta 500ms/125ms  
Tomar 1 via oral cada 8 horas por 7 dias

NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO, PRESENTACIÓN, DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, FRECUENCIA Y TIEMPO DEL TRATAMIENTO  
Clorfeniramina Compuesta tableta  
Tomar 1 via oral cada 8 horas por 5 dias

NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO, PRESENTACIÓN, DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, FRECUENCIA Y TIEMPO DEL TRATAMIENTO  
Diclofenaco tableta 100m  
Tomar 1 via oral cada 12 horas por 4 dias

NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO, PRESENTACIÓN, DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, FRECUENCIA Y TIEMPO DEL TRATAMIENTO  
Ambroxol Jarabe 300ms/100ml  
Tomar 10 ml via oral cada 8 horas por 6 dias

CLAVE	<u>2230</u>
CANTIDAD RECETADA	<u>2</u>
CANTIDAD SURTIDA	<u>2</u>
CLAVE	<u>2471</u>
CANTIDAD RECETADA	<u>2</u>
CANTIDAD SURTIDA	<u>2</u>
CLAVE	<u>3417</u>
CANTIDAD RECETADA	<u>1</u>
CANTIDAD SURTIDA	<u>1</u>
CLAVE	
CANTIDAD RECETADA	<u>2</u>
CANTIDAD SURTIDA	<u>2</u>

UNIVERSIDAD QUE EXPIDIÓ TÍTULO PROFESIONAL

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO  
 Cédula 605062  
 Registro S.S.A. 5832 2009



CED. PROF. 605062

## SI CALIDAD

LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DEBERÁ SUJETARSE Estrictamente AL CUADRO BÁSICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO.

ORIGINAL PACIENTE  
 SAN LUIS POTOSÍ  
 JURISDICCION SANITARIA No IV  
 MPIO. DE RAYÓN  
 C.S. RAYÓN