



Te queremos... bien.
Comercializadora Farmacéutica de
Chiapas, S.A.P.I. de C.V.

DR. LILIANA MARINA OLVERA RAMIREZ
Cédula Profesional: 13454976
UNIVERSIDAD CUAUHEMOC PLANTEL AGUASCALIENTES
MEDICO CIRUJANO INTEGRAL
BLVD JUAN PABLO II 1143 C.P. 20207 CANTERAS DE SAN JAVIER
AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES
Tel: 8007112222



FH52A893J7
1 de 2

Nombre del Paciente: **SAMANTHA ALEJANDRA LOPEZ GUTIERREZ** Fecha consulta: **06/03/2024**
Fecha Nacimiento: **21/10/1994** Edad: **29 años** Peso: Talla: Temperatura: **36.00 °C** Presión: **120/80**

#1 Cantidad Medicamento Dosis Frecuencia Duración
1 STERIMAR HYPERTONIC NAS 100 ML SPRAY 2281 2 DISPAROS 8 horas 5 días
Sustancia MANGANESO 1 MG, SULFATO DE COBRE 4 MG Vía Intranasal
Indicaciones
Modo de uso

#2 Cantidad Medicamento Dosis Frecuencia Duración
1 FIRAC PLUS 125/10MG ORAL 20 GRAG 4101 1 TABLETA 8 horas 5 días
Sustancia PROPINOXATO 10 MG, CLONIXINATO DE LISINA 125 MG Vía * Oral
Indicaciones
Modo de uso

#3 Cantidad Medicamento Dosis Frecuencia Duración
1 ROSEL 50/3/300 300 MG 24 CAP 8404 1 TABLETA 8 horas 5 días
Sustancia Vía * Oral
Indicaciones
Modo de uso

Recomendaciones del Tratamiento:

Se deja a consideración del paciente la compra del medicamento con denominación genérica (genérico) o denominación distintiva (nombre comercial) mencionados en la receta médica, respetando la presentación del medicamento.
Favor de surtir el medicamento que solicite el paciente respetando: sustancia activa, forma farmacéutica, dosis y presentación prescrita en la presente receta médica.



evqKntWgQqIfGg3hmuwrTdxV1BXb8L21oYwP5Yh3T74wVNFfUCRu1+XzyugjI7I32/skLDxpiao1tBjPv19Nzdx4amx4XIK42YiM1ueeKg9WgtEfCUsMYCXTyHX
1MTF7yR8ZbPLnforYE5fj0yh2Ps5D6AZFShrpFW89cud/yigmhC7B3GJCdDceJTTsb3CfjYRWBgCd/b9X20IZHSUZEIXQVXawNX8MlecYDaH3xZg28ICLgJT5dk

"En Farmacias del Ahorro Te queremos... bien ¡Recupérate pronto!" Visita nuestra página www.fahorro.com.mx
Súrtase esta receta en cualquier Farmacia del Ahorro. Esta receta sólo puede ser surtida dentro de su vigencia y conforme al tratamiento y cantidades en ella señalados.
Evita automedicarte.

G AHORRO KETOROLACO 30MG ORAL 6 TAB SUBLING 3

2x\$75

Consulte a su médico. Limitado a 5 promociones por cliente. Vigencia 1 al 31 de Marzo 2024 o hasta agotar existencias. El costo del Monedero del Ahorro es de \$5.00.

G AHORRO LOSARTAN 50 MG 30 TAB 4231

2x\$185

Consulte a su médico. Limitado a 5 promociones por cliente. Vigencia 1 al 31 de Marzo 2024 o hasta agotar existencias. El costo del Monedero del Ahorro es de \$5.00.

G AHORRO METFORMINA 850 MG ORAL AD 30 TAB 1588

2x\$189

G AHORRO IBUPROFENO 400MG/10 CAP 3548

2x\$50



Te queremos... bien.
Comercializadora Farmacéutica de
Chiapas, S.A.P.I. de C.V.

DR. LILIANA MARINA OLVERA RAMIREZ
Cédula Profesional: 13454976
UNIVERSIDAD CUAUHTEMOC PLANTEL AGUASCALIENTES
MEDICO CIRUJANO INTEGRAL
BLVD JUAN PABLO II 1143 C.P. 20207 CANTERAS DE SAN JAVIER
AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES
Tel: 8007112222



FH52A893J7
2 de 2

Nombre del Paciente: **SAMANTHA ALEJANDRA LOPEZ GUTIERREZ**

Fecha consulta: **06/03/2024**

Fecha Nacimiento: **21/10/1994**

Edad: **29 años**

Peso:

Talla:

Temperatura: **36.00 °C**

Presión: **120/80**

1 Cantidad Medicamento
1 VANTAL BUCOFARINGEO ORAL 360 ML SOL 8031

Dosis

Frecuencia

Duración

10 ML

8 horas

5 días

Sustancia BENCIDAMINA .15 GR

Vía

* Oral

Indicaciones

Modo de uso

2 Cantidad Medicamento
1 UVEGA 1 G OTICO 30 ML GTS 0129

Dosis

Frecuencia

Duración

1 GOTA

12 horas

5 días

Sustancia LIDOCAINA 100 SA

Vía

Otica

Indicaciones

Modo de uso

3 Cantidad Medicamento
1 TAFIROL AC 500/50MG ORAL 15 TAB 0668

Dosis

Frecuencia

Duración

1 TABLETA

12 horas

5 días

Sustancia DICLOFENACO 500 MG, PARACETAMOL 500 MG

Vía

* Oral

Indicaciones Tomar una tableta via oral cada 12 horas en caso de fiebre o dolor.

Modo de uso

Recomendaciones del Tratamiento:

Se deja a consideración del paciente la compra del medicamento con denominación genérica (genérico) o denominación distintiva (nombre comercial) mencionados en la receta médica, respetando la presentación del medicamento.

Favor de surtir el medicamento que solicite el paciente respetando: sustancia activa, forma farmacéutica, dosis y presentación prescrita en la presente receta médica.



evqKntWqQqIfGg3hmuwrTdxV1BXb8L21oYvwP5Yh3T74wvNFFuCRu1+Xzyugji/7I32/skLDxpiao1tBjpVf19Nzdx4amx4XIK42YyiM1ueeKg9WgtEFCUsMYCXTVyHX
1MTF7yR8ZbPLn/orYE5f0yh2Ps5D6AZFShrpFW89cud/yigmhC7B3GJcdDoeJTTsb3CfjijYRWBgCd/b9X20iZHSUZEIXQVXawX8MlecYDaH3xZg28ICLgJT5dk

"En Farmacias del Ahorro Te queremos... bien ¡Recupérate pronto!" Visita nuestra página www.fahorro.com.mx
Súrtase esta receta en cualquier Farmacia del Ahorro. Esta receta sólo puede ser surtida dentro de su vigencia y conforme al tratamiento y cantidades en ella señalados.
Evita automedicarte.

G AHORRO KETOROLACO 30MG ORAL 6 TAB SUBLING 3

2x\$75

G AHORRO LOSARTAN 50 MG 30 TAB 4231

2x\$185

Consulte a su médico. Limitado a 5 promociones por cliente. Vigencia 1 al 31 de Marzo 2024 o hasta agotar existencias. El costo del Monedero del Ahorro es de \$5.00.

Consulte a su médico. Limitado a 5 promociones por cliente. Vigencia 1 al 31 de Marzo 2024 o hasta agotar existencias. El costo del Monedero del Ahorro es de \$5.00.

G AHORRO METFORMINA 850 MG ORAL AD 30 TAB 1588

2x\$189

G AHORRO IBUPROFENO 400MG/10 CAP 3548

2x\$50