

ESPECIFICACIONES TECNICAS

Papel: Papel Marca de Agua fondo (Escudo de la Gobernación de Sucre) con tres copias en papel tipo químico autocopiativo. (primera hoja en blanco, copias en azul y rosa).

Marcación al lado: - Primera Hoja: Original - Establecimiento
- Segunda Hoja: Establecimiento
- Tercera Hoja: Paciente

Talonario por 50 recetas

Dimensiones: 22 cm por 19 cm.

Numeración: Con número consecutivo por receta las tres hojas - consecutivo a seguir es el **No. 500651** (original y copias).

22 CM

19 CM

ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO

No. **Nº 481751**

República de Colombia
Fondo Nacional de
Estupefacientes
Ministerio de Salud

GOBERNACIÓN DE SUCRE
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES

RECETARIO PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

1. PACIENTE

Fecha: ____/____/____
Día: ____ Mes: ____ Año: ____
Primer Apellido: ____ Segundo Apellido: ____ Nombres: ____
Documento de identificación: ____ Número: ____ Edad: ____ Género: ____
☐ TI ☐ CC ☐ OTRO ☐ F ☐ M
Teléfono: ____ Municipio: ____ Dirección de Residencia: ____ Departamento: ____
Afiliación al S.O.S.S. ☐ Subordinada ☐ Contributivo ☐ Ninguna Nombre de la Entidad: ____

2. MEDICAMENTOS

Nombre Genérico	Concentración	Forma Farmacéutica	Dosis / Via de Administración / Frecuencia de Administración	Cantidad Prescrita En Números	Cantidad Prescrita En Letras

TIEMPO DEL TRATAMIENTO: ____
DIAGNOSTICO: ____

3. PROFESIONAL

☐ MÉDICO ☐ General ☐ Especializado
Especialidad: ____
Primer Apellido: ____ Segundo Apellido: ____ Nombres: ____
Documento de identificación: ____ Número: ____
☐ TI ☐ CC ☐ OTRO ☐ F ☐ M
Institución donde labora: ____ Dirección: ____ Ciudad: ____ Teléfono: ____

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista)

Apellidos y Nombres de quien recibe: ____ N° de Identidad: ____ Firma: ____
Apellidos y Nombres de quien despacha: ____ N° de Identidad: ____ Firma: ____
Medicamento: ____ Cantidad en Números: ____
Establecimiento Farmacéutico Minorista: ____ Dirección: ____ Fecha de Despacho: ____
Día: ____ Mes: ____ Año: ____

Señor Usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial sólo tiene una vigencia de quince días a partir de la fecha de prescripción.

Por favor mantener las demás especificaciones presentes en la imagen muestra. (Letra – Escudos – ítems – Recuadros - Colores).