

CONTENIDO DE LA MUESTRA

													República de Colombia		
													U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes		
Libertad y Orden													Ministerio de la Protección Social		
ANEXO No. 8															
RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL													N°		
1. PACIENTE						Fecha		Día:		Mes:		Año:			
Primer Apellido						Segundo Apellido		Nombres:							
Documento de Identificación						Número				Edad		Género			
T.I.				C. C.				Otro				F ____		M ____	
Teléfono						Municipio		Dirección de la residencia				Departamento			
Afiliación al S.G.S.S.S Subsidiado ____ Contributivo ____ Vinculado ____ Nombre de la Entidad _____															
2. MEDICAMENTOS															
Nombre Genérico						Concentración		Forma Farmacéutica		Dosis/ Vía de Administración		Cantidad Prescrita			
												En Números		En Letras	

RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL										N°	
1. PACIENTE						Fecha	Día:	Mes:	Año:		
Primer Apellido						Segundo Apellido		Nombres:			
Documento de Identificación						Número			Edad		Género
T.I.		C. C.		Otro					F ____ M ____		
Teléfono				Municipio		Dirección de la residencia			Departamento		
Afilación al S.G.S.S.S Subsidiado ____ Contributivo ____ Vinculado ____ Nombre de la Entidad _____											
2. MEDICAMENTOS											
Nombre Genérico						Concentración	Forma Farmacéutica	Dosis/ Vía de Administración	Cantidad Prescrita		
									En Números		En Letras
DIAGNOSTICO											
3. PROFESIONAL											
		MEDICO					General ____	Especializado ____			
Especialidad, cual : _____											

Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombres					
Documento de Identidad					Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma				
C.C.		T.E.			Numero						
Institución donde labora:					Dirección	Ciudad		Teléfono			
4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (A diligenciar pór el establecimiento farmacéutico Minorista)											
Apellidos y Nombres de quien recibe					N° de Identidad	Firma					
Apellidos y Nombres de quien Dispensa					N° de Identidad	Firma					
Establecimiento Farmacéutico Minorista					Dirección	Fecha de Despacho					
						Día		Mes		Año	