



ANEXO No. 8

RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Nº

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 SGSSS	Subsidiado	Contributivo	Vinculado	EPS		
2. MEDICAMENTOS						
Nombre Genérico			Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / Vía de Administración	Cantidad Prescrita
						En Números Letras

RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Nº

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 SGSSS	Subsidiado	Contributivo	Vinculado	EPS		
2. MEDICAMENTOS						
Nombre Genérico			Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / Vía de Administración	Cantidad Prescrita
						En Números Letras

Diagnóstico

3. PROFESIONAL						
Médico	X	General		Especializado		Especialidad, cuál:
Primer Apellido			Segundo Apellido		Nombres	
Documento de Identidad			Resolución profesión N.º		Firma	
CC						
Institución donde labora			Dirección		Ciudad	Teléfono
Gestar Salud de Colombia IPS					3103157229	

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (A diligenciar por el establecimiento farmacéutico Minorista)

Apellidos y Nombres de quien recibe		Nº de Identidad	Firma					
Apellidos y Nombres de quien dispensa		Nº de Identidad	Firma					
Establecimiento Farmacéutico Minorista		Dirección		Fecha Despacho				
				Día		Mes		Año