



**ANEXO No. 8**

**RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL N°**

<b>1. PACIENTE</b>			<b>Fecha</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>Primer Apellido</b>			<b>Segundo Apellido</b>		<b>Nombres</b>	
<b>Documento de Identificación</b>			<b>Número</b>		<b>Edad</b>	<b>Género</b>
<b>TI</b>	<b>CC</b>	<b>Otro:</b>			<b>F</b>	<b>M</b>
<b>Teléfono</b>		<b>Municipio</b>	<b>Dirección de Residencia</b>			<b>Departamento</b>
Afiliación al SGSSS		Subsidiado	Contributivo	Vinculado	EPS	

**2. MEDICAMENTOS**

<b>Nombre Genérico</b>	<b>Concentración</b>	<b>Forma farmacéutica</b>	<b>Dosis / Vía de Administración</b>	<b>Cantidad Prescrita</b>	
				<b>En Números</b>	<b>Letras</b>

**RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL N°**

<b>1. PACIENTE</b>			<b>Fecha</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>Primer Apellido</b>			<b>Segundo Apellido</b>		<b>Nombres</b>	
<b>Documento de Identificación</b>			<b>Número</b>		<b>Edad</b>	<b>Género</b>
<b>TI</b>	<b>CC</b>	<b>Otro:</b>			<b>F</b>	<b>M</b>
<b>Teléfono</b>		<b>Municipio</b>	<b>Dirección de Residencia</b>			<b>Departamento</b>
Afiliación al SGSSS		Subsidiado	Contributivo	Vinculado	EPS	

**2. MEDICAMENTOS**

<b>Nombre Genérico</b>	<b>Concentración</b>	<b>Forma farmacéutica</b>	<b>Dosis / Vía de Administración</b>	<b>Cantidad Prescrita</b>	
				<b>En Números</b>	<b>Letras</b>

**Diagnóstico**

**3. PROFESIONAL**

<b>Médico</b>	<b>X</b>	<b>General</b>		<b>Especializado</b>		<b>Especialidad, cuál:</b>	
<b>Primer Apellido</b>			<b>Segundo Apellido</b>		<b>Nombres</b>		
<b>Documento de Identidad</b>			<b>Resolución profesión N.º</b>		<b>Firma</b>		
<b>CC</b>							
<b>Institución donde labora</b>			<b>Dirección</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Teléfono</b>	
Gestar Salud de Colombia IPS			Kr 6 25 55		Montería	3103157229	

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

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