



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
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 N°

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	