



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			Kr 6 25 55		Montería	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	