



Comunidad de Madrid
CONSEJERIA DE SANIDAD



MA3201704156047

CENTRO O ESTABLECIMIENTO

DIRECTOR TÉCNICO / JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

ESTABLECIDO EN: (calle y localidad)

ESTUPEFACIENTES

Cantidad

Proveedor

Fecha

Sello del Centro o
Establecimiento Sanitario

Firma del Farmacéutico

ESTE VALE SE UTILIZARÁ EXCLUSIVAMENTE PARA UN SOLO PRODUCTO,
Y EN MEDICAMENTOS PARA UN SOLO TAMAÑO DE ENVASE



Comunidad de Madrid
CONSEJERIA DE SANIDAD



MA3201704156047

CENTRO O ESTABLECIMIENTO

DIRECTOR TÉCNICO / JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

ESTABLECIDO EN: (calle y localidad)

➔ ESTE VALE SE UTILIZARÁ EXCLUSIVAMENTE PARA UN SOLO PRODUCTO, Y EN MEDICAMENTOS PARA UN SOLO TAMAÑO DE ENVASE

ESTUPEFACIENTES

Cantidad

Proveedor

Sello del Centro o
Establecimiento Sanitario
Firma del Farmacéutico

Fecha

Sello Entidad Distribuidora
(Sólo si es diferente a la Entidad
que edita el Talonario)

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos serán incorporados al fichero de la administración sanitaria, para la gestión y control de los medicamentos estupefacientes. Puede ejercer derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la administración sanitaria cuyos datos figuran en este vale.



MUTUALIDAD GENERAL DE
FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

muface

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PRESCRIPCIÓN (Consiguar el principio activo o producto, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase)

Nº envases / unidades



Neotigason 25mg 30 caps

Duración del tratamiento

3 meses

Posología

unidades

pauta

1

24h

Nº orden dispensación



Fecha prevista dispensación

____/____/____

Información al farmacéutico y visado, en su caso

Inspección de servicios sanitarios

8 Febrero 2019

Insp. Dr. Rodán

nº envases visados: 1

Motivo de la sustitución

☐ Urgencia

☐ Desabastecimiento

☐ Artículo 85.1, Ley 29/2006

Firma del farmacéutico

N.º afil.

280356701023

Paciente (Nombre y apellidos y año de nacimiento)

**Carlos Santos Menéndez
1982**

Prescriptor (datos de identificación y firma)

Dra Lucía Ortega Serrano
Col: 28/15539

Fecha de la prescripción **06/02/2019**

Farmacia (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)

CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO

La validez de esta receta expira a los 15 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia.



Y10000000000

En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/99, se informa de que los datos de la receta van a ser incorporados al Fichero de Farmacia para su gestión y control, cuyo órgano responsable es la Dirección General de Muface. La posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, podrá realizarse a través de los Servicios Provinciales de Muface.

PRESCRIPCIÓN (Consiguar el producto. En caso de medicamento: forma farmacéutica, vía administ., dosis por unidad y unidades por envase).

DPS

Nº env.

1

AVIDART 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS

	Desayuno	Comida	Cena	Al Acostarse
Posología	1	0	0	0



0010470007275296

Duración del tratamiento

90 días

Posología:

Ver horario de medicación

Fecha prevista dispensación

02 06 / 2017

C.I.P.Aut.:

F.NAC.: 1044



T.US.: TSI 002



PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento, nº de identificación).

Fecha de prescripción:

26 05 / 2017



CIAS 1605260107Q

Dra.

Col.

MÉDICO (Datos de identificación y firma)

Información al farmacéutico

y visado, en su caso.

Inspección Sanitaria Comunidad de Madrid
Visado autorizado hasta 30/09/2017
Inspector

Motivo de la sustitución

- ☐ urgencia
☐ desabastecimiento
☐ precio referencia

Firma del farmacéutico

FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación, fecha dispensación y firma).



MD4 3254959 02

La validez de esta receta médica es de 90 días naturales de la fecha prevista para dispensación o de su defecto, de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia.

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se informa de que estos datos serán incorporados al fichero "Gestión de la Prestación Farmacéutica" para la gestión y control de la Prestación Farmacéutica, cuyo órgano responsable es la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. La información sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrá obtenerse a través del teléfono 012.

PRESCRIPCIÓN (Consiguar el producto. En caso de medicamento: forma farmacéutica, vía administ., dosis por unidad y unidades por envase).

DPS
Nº atv.
1

**Zolpidem Cinfa EFG 10mg
30 comprimidos recubiertos**

	Desayuno	Comida	Cena	Al Acostarse
Posología	<input type="checkbox"/>	0	0	1

Duración del tratamiento

1 mes

Posología:

**Ver horario
medicación**

Fecha prevista dispensación

/ /

**Información al farmacéutico
y visado, en su caso.**

Motivo de la sustitución

- ☐ urgencia
☐ desabastecimiento
☐ precio inferior

Firma del farmacéutico

MADROÑO DEL OSO, ALMUDENA
C.I.P./Apt.: 1724979086 F.NAC: 1968



T.US.: TS 001

PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento, nº de identificación)

Fecha de prescripción: 28 / 1 / 19

CIAS 1615097658G

Dra Rocío Saelices Díaz

Col: 28/65247

MÉDICO (Datos de identificación y firma).

FARMACIA (NIF/CE, datos de identificación, fecha dispensación y firma).

La validez de esta receta expira a los 15 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia.

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se informa de que estos datos serán incorporados al fichero "Buzón de la Prestación Farmacéutica" para la gestión y control de la prestación farmacéutica, cuyo órgano responsable es la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. La información sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrá obtenerse a través del teléfono 012.

CUPONES PRECINTO

CONSEJERÍA DE SANIDAD
COMUNIDAD DE MADRID

CONSEJERÍA DE SANIDAD
COMUNIDAD DE MADRID

CUERPO DE LA RECETA

Receta oficial de estupefacientes para uso humano

RECETA OFICIAL DE ESTUPEFACIENTES

PRESCRIPCIÓN

(Consignar el medicamento – forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase).

Número envases/unidades

4

Sevredol 20mg, 12 comp

Duración del tratamiento

3 meses

Posología

unidades

pauta

1

Cada 24h

PACIENTE (Nombre y apellidos, año de nacimiento, DNI/NIE o número de identificación).

José García Román
1940

NIF: 51216354J

PRESCRIPTOR (datos de identificación, teléfono y firma)

Javier Sánchez Solís
Tel: 652485500

Fecha de la prescripción 26/02/2019 /

ESPACIO DESTINADO PARA CONTROL Y PROCESAMIENTO

ADMINISTRACIÓN COMPETENTE

SELLO DE VALIDACIÓN ENTIDAD DISTRIBUIDORA

FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de la dispensación y firma)

La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento.

CÓDIGO DE RECETA

CÓDIGO DE BARRAS



Nº de Receta: 99-1301



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA

PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario).

Núm. envases / unidades:

☐

Emulsión de:
TRIAMCINOLONA ACETONIDO 0,1%,
UREA 10%,
ACIDO SALICILICO 5%
BASE BEELER 50 GR

Duración del tratamiento
1 mesPosología
1/12 h

Unidades

Pauta

Nº orden dispensación

☐

Fecha prevista dispensación

_ / _ / _

Firma de Farmacéutico

PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)

Susana Pérez Gómez
1976
42311269H

PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)

Dr. ANTONIO MORA PEREZ

Núm. Colegiado: 999900001

Inmunología

Calle Las Palmas

06003 Badajoz

Fecha de la prescripción *

21 / 03 / 19

Información al Farmacéutico, en su caso

Motivo de la sustitución

☐ Urgencia☐ Desabastecimiento

FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)

* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.



XL0AtE0ZU5WTp4x207Z7tPduv8M=

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se le informa de que sus datos serán incorporados en un fichero de titularidad del prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica, así como en un fichero de la farmacia dispensadora para dar cumplimiento a la obligación establecida en el RD 1718/2010. Se le informa que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección del prescriptor y/o de la farmacia dispensadora.