



MEDELLÍN

EL FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES DE ANTIOQUIA SE PERMITE DAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CON RELACIÓN A:

RECETARIOS OFICIALES DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

La Resolución 1478 de 2006, por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado, regula en su artículo 84 el uso del recetario oficial determinando que *“La prescripción de medicamentos de control especial para uso humano o veterinario solo se podrá efectuar en los recetarios oficiales suministrados por los Fondos Rotatorios de Estupefacientes, para médicos en ejercicio legal de su profesión y/o por Comvezcol para médicos veterinarios y médicos veterinarios zootecnistas.”*

Por lo anterior, se da a conocer los Recetarios Oficiales que han sido Distribuidos por el Fondo Rotatorio de Estupefacientes de Antioquia y que se encuentran en circulación en el Departamento de Antioquia.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

RECETARIO QUE SE DISTRIBUYE EN LA ACTUALIDAD (A PARTIR DE NOVIEMBRE DE 2017)

República de Colombia
Fondo Nacional de Estupefacientes
Ministerio de Salud y Protección Social

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
FUNDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL
No. 2504951

FACTURA PARA VERIFICAR SE AUTENTICADA

1. PACIENTE

Fecha: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombres _____

Documento de identificación _____ Número _____ Edad _____ Género _____

R.C. T.I. C.C. Otro ¿Cuál? _____ F _____ M _____

Dirección residencia _____ Teléfono(s) _____ Municipio _____ Departamento _____

Afiliación al S.G.S.S.S. Subordinado Contributivo Otro ¿Cuál? _____ Nombres de la entidad aseguradora _____

2. MEDICAMENTOS

Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / vía de administración / frecuencia de administración	Cantidad prescrita	
				En números	En letras

Tiempo del tratamiento: _____ Diagnóstico: _____ Código CIE10: _____

3. PROFESIONAL Médico Odontólogo Especialidad ¿Cuál? _____

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombres _____

Documento de identificación _____ Número _____ Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (No. y fecha) _____ Firma _____

C.C. Otro ¿Cuál? _____ Dirección _____ Teléfono(s) _____ Ciudad _____

Institución donde labora _____

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)

Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento		Documento de identificación		Firma	
Apellidos y nombres del dispensador		Documento de identificación		Firma	

Medicamentos Dispensados	Cant. Entregada en Números	Cant. Entregada en Letras	Fecha (dd/mm/aa)	Cant. Entregada en Números	Cant. Entregada en Letras	Fecha (dd/mm/aa)

Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico _____ Dirección _____

Señor usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial solo tiene una vigencia de quince(15) días a partir de la fecha de prescripción.

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO O SERVICIO FARMACÉUTICO QUE DISPENSA



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

RECETARIOS DISTRIBUIDOS EN ÉPOCAS ANTERIORES Y QUE PUEDEN SEGUIR UTILIZANDOSE.

1. RECETARIO OFICIAL

1. PACIENTE		Fecha	Día:	Mes:	Año:
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Documento de identificación		Número		Edad	
<input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?		Teléfono(s)		Municipio	
Dirección residencia		Teléfono(s)		Municipio	
Departamento		Teléfono(s)		Municipio	
Afilación al S.G.S.S.S. <input type="checkbox"/> Subsidado <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?		Nombre de la entidad aseguradora			
2. MEDICAMENTOS					
Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / vía de administración / frecuencia de administración	Cantidad prescrita	
				En números	En letras
Tiempo del tratamiento:		Diagnóstico:		Código CIE10:	
3. PROFESIONAL <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Especialidad ¿Cuál?					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Documento de identificación		Número		Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (No. y fecha)	
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro		Institución donde labora		Firma	
Dirección		Teléfono(s)		Ciudad	
4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)					
Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento		No. de identidad		Firma	
Apellidos y nombres del dispensador		No. de identidad		Firma	
Medicamentos dispensados		Cantidad en números			
Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico		Dirección		Fecha de dispensación	
				Día: Mes: Año:	
<p>Señor usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial solo tiene una vigencia de quince(15) días a partir de la fecha de prescripción.</p>					

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO O SERVICIO FARMACÉUTICO QUE DISPENSA



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.




SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

2. RECETARIO OFICIAL


 República de Colombia
 Fondo Nacional de Estupefacientes
 Ministerio de Salud y Protección Social
 Libertad y Orden

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
 SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
 FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
 Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

N° 300006

RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

1. PACIENTE

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres: _____
 FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____
 Documento de Identificación: _____ Número: _____ Edad: _____ Género: _____
 R.C. T.L. C.C. Otro Cuál? F. _____ M. _____
 Dirección residencia: _____ Teléfono(s): _____ Municipio: _____ Departamento: _____
 Afiliación al S.G.S.S.S. Subsidado Contributivo Otro Cuál? Nombre de la entidad aseguradora: _____

2. MEDICAMENTOS

Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / Via de administración / Frecuencia de administración	Cantidad prescrita	
				En números	En letras

Tiempo de tratamiento: _____
 Diagnóstico: _____ Código CIE 10: _____

3. PROFESIONAL Médico Odontólogo Especialidad, cuál? _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres: _____
 Documento de Identificación: _____ Número: _____ Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (N° y Fecha): _____ FIRMA: _____
 C.C. Otro Cuál? Institución donde labora: _____ Dirección: _____ Teléfono(s): _____ Ciudad: _____

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)

Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento	N° de Identidad	FIRMA
Apellidos y nombres del dispensador	N° de Identidad	FIRMA
Medicamentos dispensados		Cantidad en números

Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico: _____ Dirección: _____ Fecha de dispensación: _____
 Día _____ Mes _____ Año _____

Señor Usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial solo tiene una vigencia de quince (15) días a partir de la fecha de prescripción.

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO O SERVICIO FARMACÉUTICO QUE DISPENSA



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
 Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
 Medellín - Colombia.




SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia


3. RECETARIO OFICIAL

65885



República de Colombia
Fondo Nacional de
Estupefacientes
Ministerio de Salud
y Protección Social

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES



No. 152521

RECETARIO OFICIAL - MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

1. PACIENTE		Fecha	Día:	Mes:	Año:
Primer apellido	Segundo apellido	Nombres			
Documento de identificación	Número	Edad	Género		
<input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?			F	M	
Dirección residencia	Teléfono(s)	Municipio	Departamento		
Afiliación al S.G.S.S.S. <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?		Nombre de la entidad aseguradora			

2. MEDICAMENTOS					
Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / vía de administración / frecuencia de administración	Cantidad prescrita	
				En números	En letras
Tiempo del tratamiento:					
Diagnóstico			Código CIE10:		

3. PROFESIONAL <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Especialidad ¿Cuál?					
Primer apellido	Segundo apellido	Nombres			
Documento de identificación	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (No. y fecha)		Firma	
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro					
Institución donde labora	Dirección	Teléfono(s)	Ciudad		

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)					
Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento		No. de identidad	Firma		
Apellidos y nombres del dispensador		No. de identidad	Firma		
Medicamentos dispensados				Cantidad en números	
Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico		Dirección	Fecha de dispensación		
			Día:	Mes:	Año:

Señor usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial solo tiene una vigencia de quince(15) días a partir de la fecha de prescripción.

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO O SERVICIO FARMACÉUTICO QUE DISPENSA



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

4. RECETARIO OFICIAL

República de Colombia Fondo Nacional de Estupefacientes Ministerio de Salud y Protección Social		GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES		N°A 222251	
1. PACIENTE		Fecha / Día	Mes	Año	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Documento de Identificación		Número		Edad	
<input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Céd?		Dirección de Residencia		Teléfono(s)	
Municipio		Departamento		Género	
<input type="checkbox"/> Afiliación al S.G.S.S.S. <input type="checkbox"/> Subsidado <input type="checkbox"/> Contributiva <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Céd?		Número de la entidad aseguradora			
2. MEDICAMENTOS					
Nombre Genérico	Concentración	Forma Farmacéutica	Dosis diaria / Vía de administración / Frecuencia de administración	Cantidad prescrita	
				En números	En letras
TIEMPO DEL TRATAMIENTO					
DIAGNÓSTICO: CÓDIGO DE I.D.					
3. PROFESIONAL <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Especializado <input type="checkbox"/> Especialidad, tal? _____					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Documento de Identificación		Número		Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (N° y Fecha)	
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Céd?		Institución donde labora		Dirección	
Teléfono(s)		Ciudad		FIRMA	
4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)					
Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento		N° de Identidad		FIRMA	
Apellidos y nombres del dispensador		N° de Identidad		FIRMA	
Medicamentos dispensados				Cantidad en números	
Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico				Dirección	
				Fecha de dispensación	
				Día	
				Mes	
				Año	
Señor Usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial sólo tiene una vigencia de quince (15) días a partir de la fecha de prescripción.					

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO O SERVICIO FARMACÉUTICO QUE DISPENSA



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

5. RECETARIO OFICIAL

1. PACIENTE		Fecha	Día:	Mes:	Año:
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Documento de Identificación		Número		Edad	Género
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> OTRO				F	M
Teléfono		Municipio		Dirección de Residencia	
				Departamento	
Afiliación al S.G.S.S.S <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Ninguna Nombre de la Entidad					
2. MEDICAMENTOS					
Nombre Genérico	Concentración	Forma Farmacéutica	Dosis / Via de Administración / Frecuencia de Administración	Cantidad Prescrita	
				En Números	En Letras
TIEMPO DEL TRATAMIENTO					
DIAGNÓSTICO					
3. PROFESIONAL					
<input type="checkbox"/> MÉDICO		<input type="checkbox"/> General		<input type="checkbox"/> Especializado	
Especialidad, Cuál:					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Documento de Identificación		Número		Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N.º y la fecha	
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> OTRO				FIRMA	
Institución donde labora:		Dirección		Ciudad	Teléfono
4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico Minorista)					
Apellidos y Nombres de quien recibe		Nº de Identidad		FIRMA	
Apellidos y Nombres de quien despacha		Nº de Identidad		FIRMA	
Medicamento			Cantidad en Números		
Establecimiento Farmacéutico Minorista		Dirección		Fecha de Despacho	
				Día	Mes
				Año	
Señor Usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial sólo tiene una vigencia de quince días a partir de la fecha de prescripción					

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1