



# COMISIÓN DE EVALUACIÓN Y AUTORIZACIONES



## **REQUISITOS PARA LAS RECETAS DE LOS DEMAS GRUPOS:**

1. NOMBRE DEL MÉDICO.
2. FECHA DE PRESCRIPCIÓN.
3. DOMICILIO Y TELÉFONO (DEL MÉDICO).
4. CÉDULA PROFESIONAL.
5. NOMBRE COMERCIAL Y/O GENÉRICO DEL MEDICAMENTO.
6. CANTIDAD.
7. PRESENTACIÓN.
8. DOSIFICACIÓN.
9. VIA DE ADMINISTRACIÓN.
10. FIRMA AUTOGRAFA DEL MÉDICO.

**LA VIGENCIA PARA GRUPO II: TREINTA DIAS  
Y PARA GRUPO III: SESIS MESES A PARTIR DE LA FECHA DE ELABORACIÓN.**

## CARACTERÍSTICAS DE LOS RECETARIOS ESPECIALES CON CÓDIGO DE BARRAS PARA PRESCRIBIR ESTUPEFACIENTES QUE EL MÉDICO DEBE IMPRIMIR

### CARACTERÍSTICAS

LAS RECETAS DEBEN IMPRIMIRSE EN ORIGINAL Y DOS COPIAS, INCLUYENDO LA LEYENDA "ORIGINAL PARA LA FARMACIA, COPIA PARA EL PACIENTE Y COPIA PARA EL MEDICO" Y PRESENTARSE A LA AUTORIDAD SANITARIA EN BLOCKS DE 50 RECETAS.

TIPO DE PAPEL: SIN RESTRICCIÓN

TAMAÑO: 18 X 13.6 cm.

COLOR: SIN RESTRICCIÓN

INCLUIR LOS SIGUIENTES DATOS:

1.- NÚMERO DE FOLIO DEL RECETARIO DE 1a. VEZ DEBERA INICIARLO DEL 0001. Y PARA LOS SIGUIENTES DEBERA SER **CONSECUTIVO**; EL MISMO PARA EL ORIGINAL Y LAS COPIAS.

2.- FECHA DE PRESCRIPCIÓN

3.- NOMBRE DEL MÉDICO

4.- INSTITUCIÓN QUE OTORGÓ EL TÍTULO (OPCIONAL)

5.- CÉDULA PROFESIONAL

6.- ESPECIALIDAD (OPCIONAL)

7.- DOMICILIO Y TELÉFONO (DEL MÉDICO)

8.- NOMBRE DEL PACIENTE

9.- DOMICILIO DEL PACIENTE

10.- DIAGNÓSTICO

11.- NOMBRE COMERCIAL Y GENÉRICO DEL MEDICAMENTO

12.- CANTIDAD

13.- PRESENTACIÓN

14.- DOSIFICACIÓN

15.- NÚMERO DE DIAS DE PRESCRIPCIÓN

16.- VIA DE ADMINISTRACIÓN

17.- ESPACIO PARA ETIQUETAS CON CÓDIGO DE BARRAS.

(10.5 X 3.2 Cm.) UNA ETIQUETA ES PARA EL ORIGINAL Y OTRA PARA LA COPIA DEL PACIENTE EN FORMA CONSECUTIVA, LA COPIA DEL MÉDICO NO LLEVA ETIQUETA.

18.- FIRMA AUTÓGRAFA DEL MÉDICO

### EJEMPLO DE RECETA

**DR. JOSÉ LUIS LÓPEZ PÉREZ**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CÉDULA PROFESIONAL # 400000

FOLIO 0001

DÍA

MES

AÑO

CALLE NORTE # 6 COL CASAS GRANDES,  
CP 12345, MÉXICO, DISTRITO FEDERAL.

TEL. 51-23-45-67, RADIO 58-90-12-34 CLAVE 5678

HORARIO DE 16:00- 21:00 Hrs.

ANESTESIÓLOGO

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

NOMBRE COMERCIAL Y GENÉRICO DEL MEDICAMENTO \_\_\_\_\_

CANTIDAD \_\_\_\_\_ PRESENTACION \_\_\_\_\_ DOSIFICACIÓN \_\_\_\_\_

No. DE DIAS DE PRESCRIPCIÓN \_\_\_\_\_ VIA DE ADMINISTRACIÓN \_\_\_\_\_  
(NO MAYOR A 30 DÍAS)

AREA PARA ADHERIR ETIQUETA  
CON CÓDIGO DE BARRAS

AREA PARA FIRMA AUTÓGRAFA  
DEL MÉDICO

**ORIGINAL PARA LA FARMACIA**

← 10.5 cm. →

↑ 3.2 cm. ↓

← 18 cm. →

↑ 13.6 cm. ↓

**RECETA ORDINARIA PARA PRESCRIPCION DE  
MEDICAMENTOS PSICOTROPICOS  
(GRUPOS II Y III)**



**DRA. ELENA HERNANDEZ ACUÑA**

**U.N.A.M.**

**CEDULA PROFESIONAL 0000000**

CALLE 2 No. 532 COL. GIRASOLES

C..P. 06510 MEXICO, D.F.

TEL. 55-55-03 CEL. 044 5 25 25