



FORMATO D-4

REQUERIMIENTO DE TALONARIOS DE RECETARIO ESPECIAL ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (HOSPITALES, CLÍNICAS, INSTITUTOS ESPECIALIZADOS)

(DS-023-2001-SA-art 22°,23°,24°,25°)
(R.M. N° 1105-2002-SA/DM)

De conformidad con los dispositivos legales vigentes a la fecha, el que suscribe:

.....
 Director del establecimiento:
 con C.M.P. N°, DNI N°, solicita la adquisición de:
 talonario(s) de RECETARIO ESPECIAL para la prescripción de
 estupefaciente y psicotrópicos de las listas IIA, IIIA, IIIB Y IIIC, según lo establecido en el
 Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos, precursores y otras sustancias sujetas a
 Fiscalización Sanitaria y por cuya seguridad y buen uso, asumo responsabilidad,
 sometiéndome a las sanciones correspondientes en caso de incumplimiento de los
 requisitos establecidos.

.....
 FIRMA Y SELLO

.....
 DNI

OBSERVACIÓN:
 El recetario oficial es intransferible y para uso exclusivo del profesional que lo adquiere.
 En caso de Establecimiento de Salud, el Director del Hospital se responsabiliza por la
 adquisición y uso racional de los mismos.
 En caso de uso parcial de los recetarios o no uso, estos deberán ser devueltos a la DICER
 DEMID.

Para ser llenado por el Responsable del Área de Control de Drogas:

N° de TALONARIOS ENTREGADOS:

RECETAS NUMERADAS DEL AL

RECIBO DE PAGO N° Del (fecha).....

RECIBIDO:

DNI N°:

FECHA: