**DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS**

**DEPARTAMENTO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS**

**SOLICITUD PARA OBTENER RECETARIOS OFICIALES PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES**

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico general ☐, médico especialista en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con N° de Idoneidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que me desempeño como médico idóneo en la República de Panamá, solicito me suministren los siguientes recetarios oficiales. (Marque en los cuadros con ✓ o detalle la información solicitada, según aplique).

|  |
| --- |
| **DETALLES DE LA SOLICITUD.** |
| Solicitado por primera vez ☐ Solicitado por reposición ☐ |
| Para uso en instalación de salud privada ☐ | Para uso en la CSS ☐Nombre de la Instalación: | Para uso en el MINSA ☐Nombre de la Instalación: | Para uso en patronatos ☐Nombre de la Instalación: |
| Soy director médico en una instalación de salud de alta complejidad ☐Nombre de la instalación de salud pública o privada de alta complejidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **CANTIDAD SOLICITADA** |
| Médico general o especialista: (Puede solicitar una o dos libretas de recetarios).Detalle la cantidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Director Médico de la instalación de salud pública o privada de alta complejidad.Detalle la cantidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **RECETARIOS DEVUELTOS (**Estoy devolviendo para su revisión los recetarios ya utilizados). |
| Cantidad de recetarios devueltos\_\_\_\_\_\_\_\_\_Detalle la numeración de los recetarios devueltos: |
| **DETALLE DE LA PERSONA QUE RETIRA LOS RECETARIOS Y FIRMAS DEL MÉDICO SOLICITANTE** |
| **Datos de la persona autorizada para el trámite y retiro de los recetarios:****Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Firma del médico, registrada en el Consejo Técnico de Salud,** (diferente a la indicada en la cédula para la práctica médica diaria):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Firma del médico solicitante,** (igual al documento de identidad personal):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Observaciones:**

1. La solicitud debe ser llenada en su totalidad.
2. Debe adjuntar fotocopia de la cédula del médico solicitante y del tramitante.
3. Para solicitudes realizadas por primera vez adjuntar copia de la idoneidad.
4. El costo del recetario es de B/. 5.00. El pago se presenta al finalizar el trámite.
5. En caso de extraviarse el recetario oficial, debe presentar denuncia ante las autoridades judiciales competentes y presentar ante la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas, copia de la denuncia.
6. Al momento del retiro de los recetarios oficiales se dará entrega a una copia del formulario con la información completa correspondiente a la solicitud y entrega, para control del médico solicitante.
7. Los recetarios devueltos serán evaluados posteriormente y cualquier aclaración que se requiera se le indicará a través de una nota. Para consultas escribir a regcomercio@minsa.gob.pa

Base legal. Ley N° 66 del 10 de noviembre de 1947

 Ley N° 419 de 1 de febrero de 2024

 Ley N° 14 del 19 de mayo de 2016

 Decreto Ejecutivo N° 183 del 08 de junio de 2018

Firma de recibido conforme, al momento de retirar los recetarios oficiales, (igual al documento de identidad personal).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Espacio para uso exclusivo de la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas**

Fecha y firma de Recibido

Farmacéutico y fecha

Recetarios Entregados