

MEMORANDUM N° 42 /2017

**MAT.: Información referente a pertinencia receta médica.**

**LO BARNECHEA, Julio 12 de 2017.**

**DE : SIBILA IÑIGUEZ CASTILLO**  
**JEFA DEPARTAMENTO DE SALUD**

**A : SEGÚN DISTRIBUCIÓN**

Junto con saludar, a través del presente, se informa lo referido en el Artículo 38 del Código Sanitario, donde se incluye la "Pertinencia de la receta" como requisito tanto para la Receta Simple o Retenida con o sin control de stock. Para efectos de expendio en Servicios de medicamento **Club Preferente**, la receta no puede estar enmendada en ninguna de sus partes y contener de forma clara y legible la siguiente información:

**1. Datos del Prescriptor:** Considérese como tal a médico cirujano, cirujano dentista, médico veterinario, matrona o cualquier otro profesional habilitado legalmente para prescribir (DS MINSAL N° 466/1984).

- 1.1. Nombre
- 1.2. Profesión
- 1.3. Dirección del Establecimiento de Salud o Consulta Particular
- 1.4. Número de Rol Único Tributario (R.U.T), o el Número de Inscripción del prescriptor en el respectivo colegio profesional.
- 1.5. Firma
- 1.6. Teléfono o correo electrónico

**2. Datos del Paciente:**

- 2.1. Nombre
- 2.2. Número de Rol Único Tributario (R.U.T)

**3. Nombre del o los Medicamentos Prescritos:** Consignando su Denominación Común Internacional (D.C.I) o genérico y en caso de haberlo su Bioequivalente.

**4. Concentración del Principio Activo:** Se deben usar las abreviaturas internacionalmente aceptadas: g (gramo), mg (miligramo), µg. (microgramo), ml. (mililitro), etc. Si es necesario debe escribir la palabra completa para evitar malos entendidos.

**5. Forma Farmacéutica y Cantidad Total:** Comprimido, inyectable, cápsula, etc. Y cantidad de cajas para el tratamiento completo escritas en palabras y en números en el caso de la receta retenida.

**6. Fecha de Prescripción:**

6.1. Receta Simple: Máximo 6 meses desde su prescripción.

6.2. Receta Retenida o Receta Cheque: Máximo 30 días desde su prescripción.

**7. Indicaciones y Periodo de Tratamiento:** Para asegurar al paciente la administración adecuada del medicamento y éxito de la terapia.

**8. Identificación de la imprenta que confeccionó la receta:**

8.1. Nombre

8.2. R.U.T

8.3. Domicilio

8.4. Teléfono

8.5. Ciudad

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.,

  
  
**SIBILA IÑIGUEZ CASTILLO**  
**JEFA DEPARTAMENTO DE SALUD**

**SEGÚN DISTRIBUCIÓN:**

- Directora Centro de Salud Familiar
- Jefe de Sector 1
- Jefe de Sector 2
- Jefe de Sector 3

C.c.: Encargada Farmacia Comunal  
Archivo Depto. Salud