



GOBIERNO DE LA  
PROVINCIA DE  
CORDOBA

Ministerio de  
SALUD



Dirección  
de Jurisdicción  
Farmacia

MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN DE JURISDICCIÓN FARMACIA  
**RECETARIO OFICIAL**

**PSICOTRÓPICOS LISTA II**

40 RECETAS POR RECETARIO - ENTREGA GRATUITA

Fecha de entrega: ...../...../.....

del n°                      al n°

Matrícula profesional n° .....

**DATOS DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR**

Apellido y nombre: .....

DNI / LC / LE n°: .....

Domicilio: .....

Firma: ..... Sello: .....

**DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA  
A RETIRAR RECETARIOS**

Apellido y nombre: .....

DNI / LC / LE n°: .....

Domicilio: .....

Firma conforme: .....

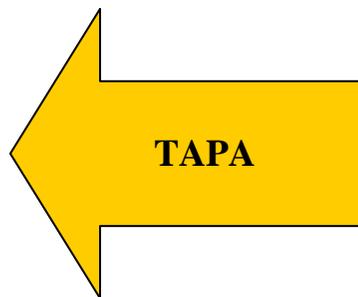
**DATOS DEL NUEVO RECETARIO A REPONER**

del n° ..... al n° .....

Fecha de reposición ...../...../.....

**ES INDISPENSABLE PRESENTAR DOCUMENTACIÓN  
QUE ACREDITE LA IDENTIDAD DEL PORTADOR**

**MUESTRA. EJEMPLAR NO UTILIZABLE**



**TAPA**



GOBIERNO DE LA  
PROVINCIA DE  
CORDOBA

Ministerio de  
SALUD



MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN DE JURISDICCIÓN FARMACIA  
RECETARIO OFICIAL

PSICOTRÓPICOS LISTA II

RECETA DE ENTREGA GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA

**RECETA n°** (acá va el número correlativo de receta)

DATOS DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR

Apellido y nombre: .....

Domicilio: .....

MATRÍCULA PROFESIONAL .....

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombre: .....

Domicilio: .....

**Rp/** (nombre genérico, concentración y forma farmacéutica)

Dosis por toma: ..... cada ..... horas

Días de tratamiento (máximo 20 días): .....

Fecha de prescripción ...../...../.....

Firma: ..... Sello: .....

CUERPO PARA EL PRESCRIPTOR



GOBIERNO DE LA  
PROVINCIA DE  
CORDOBA

Ministerio de  
SALUD



MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN DE JURISDICCIÓN FARMACIA  
RECETARIO OFICIAL

PSICOTRÓPICOS LISTA II

RECETA DE ENTREGA GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA

**RECETA n°** (acá va el número correlativo de receta)

DATOS DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR

Apellido y nombre: .....

Domicilio: .....

MATRÍCULA PROFESIONAL .....

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombre: .....

Domicilio: .....

**Rp/** (nombre genérico, concentración y forma farmacéutica)

Dosis por toma: ..... cada ..... horas

Días de tratamiento (máximo 20 días): .....

Fecha de prescripción ...../...../.....

Firma: ..... Sello: .....

CUERPO PARA LA FARMACIA



GOBIERNO DE LA  
PROVINCIA DE  
CORDOBA

Ministerio de  
SALUD



MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN DE JURISDICCIÓN FARMACIA  
RECETARIO OFICIAL

PSICOTRÓPICOS LISTA II

RECETA DE ENTREGA GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA

**RECETA n°** (acá va el número correlativo de receta)

DATOS DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR

Apellido y nombre: .....

Domicilio: .....

MATRÍCULA PROFESIONAL .....

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombre: .....

Domicilio: .....

**Rp/** (nombre genérico, concentración y forma farmacéutica)

Dosis por toma: ..... cada ..... horas

Días de tratamiento (máximo 20 días): .....

Fecha de prescripción ...../...../.....

Firma: ..... Sello: .....

CUERPO PARA LA AUTORIDAD DE CONTRALOR  
REMITIR DENTRO DE LOS 8 (OCHO) DÍAS DE DISPENSADA

MUESTRA. EJEMPLAR NO UTILIZABLE



GOBIERNO DE LA  
PROVINCIA DE  
CORDOBA

Ministerio de  
SALUD



Dirección  
de Jurisdicción  
Farmacia

MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN DE JURISDICCIÓN FARMACIA

## PSICOTRÓPICOS Ley 19303

**Artículo 13.-** Los sicotrópicos incluidos en la Lista II, sólo podrán ser prescriptos por profesionales médicos matriculados ante autoridad competente, mediante recetas extendidas en formularios oficializados, por triplicado, conforme al modelo aprobado por la autoridad sanitaria nacional. Las recetas deberán ser manuscritas por el médico en forma legible, señalando la denominación del sicotrópico o la fórmula y su prescripción, con cantidades expresadas en letras y números, debiendo constar nombre, apellido, domicilio del enfermo y la dosis por vez y por día. Para despachar estas recetas el farmacéutico deberá numerarlas, siguiendo el número correlativo de asiento en el libro recetario, sellarlas, fecharlas y firmarlas en su original y duplicado, remitiendo este último dentro de los ocho (8) días del expendio a la autoridad sanitaria competente. El triplicado lo conservará el médico.

Las recetas a las que se refiere el presente artículo, serán despachadas por el farmacéutico por una única vez.

Los originales deberán ser copiados en el libro recetario y archivarse por el director técnico de la farmacia durante dos (2) años.

**Artículo 16.-** En ningún caso podrán extenderse ni expendirse recetas cuya cantidad de sicotrópicos incluidos en la Lista II, exceda la necesaria para administrar, según la dosis instituida, hasta veinte (20) días de tratamiento.

**MUESTRA. EJEMPLAR NO UTILIZABLE**

