

3er Seminario

ANADIM

**REGULACION SANITARIA APLICABLE
A RECETAS MEDICAS.
FARMACOVIGILANCIA, EN CAF'S
Y FARMACIAS**

Instructoras:

Recetas médicas:

M. en B. Sonia Zamudio Alonso

Farmacovigilancia:

QFB. Lucia Ramírez Grande

RECETAS MÉDICAS

M. en B. Sonia Zamudio Alonso

Octubre 3, 2024

- Legislación aplicable
- Tipos de recetas
- Información obligatoria
- Profesionales que pueden prescribir

Octubre 10, 2024

- Recetas médicas de medicamentos controlados
- Medicamentos fracciones II y III.
- Permiso especial para medicamentos fracción I Manejo de recetas de medicamentos controlados

FARMACOVIGILANCIA

QFB. Lucia Ramírez Grande

17, 24 y 31 DE OCTUBRE

- Introducción a la Farmacovigilancia
- Marco regulatorio Internacional
- Marco regulatorio Nacional

7 DE NOVIEMBRE

- Unidad de Farmacovigilancia
- Buenas prácticas de Farmacovigilancia
- Conclusiones



Recetas médicas



Medicamentos

Clasificación de medicamentos/ Por su naturaleza

Artículo 224 Ley General de Salud



Alopáticos

- Biotecnológicos*



Homeopáticos



Herbolarios

Clasificación de medicamentos/ Por su preparación

Artículo 224 Ley General de Salud



Magistrales



Oficinales



Especialidades
médicas



Recetas médicas

Legislación sanitaria

Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos:

- SUPLEMENTO para Establecimientos dedicado a la venta y suministro de medicamentos y demás insumos para la salud.

Recetas médicas

Legislación sanitaria

REGLAS GENERALES para la tramitación electrónica de Permisos para el uso de recetas especiales con código de barras para medicamentos de Fracción I del artículo 226 de la Ley General de Salud

Tipos de recetas médicas



Dra. María de Jesús López Díaz
Médico interno
Cédula Profesional 2856120-B
Av. Paseo de la Reforma # 1852, Col. Cuauhtémoc,
Del Cuauhtémoc, C.P. 06700, México, D.F.

NOMBRE: Juana Pérez Sánchez FECHA: 20/02/2023
PESO: 28.82g TALLA: 1.48m EDAD: 21 años T.A.: 120/80mmHg

RX: DMA2/HDR/Diolipidemia
Télenartán 40mg tomar una tableta cada 24 hrs durante un mes.
Clopidogrel tomar cada 24 hrs durante un mes.
Metformina 500 mg tomar una tableta durante un mes.
Statiglerma 50 mg tomar un comprimido cada 24 hrs durante un mes.
Ezetimib/Simvastatina una tableta cada 24 hrs.
Calcitriol 0.25 g una cápsula cada 24 hrs durante un mes.

Horario de Lunes a Viernes
15:00 a 21:00 horas

Firma del médico

FAVOR DE TRAER SU RECETA EN LA PRÓXIMA CITA

Recetas médicas ordinarias

Medicamentos de las fracciones II, III, IV opcional V y VI

SALUD **Calcepris** Folio XXXX
Dia Mes Año

Nombre del paciente _____
CURP del paciente _____
Domicilio del paciente _____
Diagnóstico _____
Nombre comercial y genérico del medicamento _____
Cantidad _____ Presentación _____
Dosisificación _____
No. de días de prescripción _____ Vía de administración _____

ORIGINAL FARMACIA _____ Firma autógrafa del Médico _____

SD4892TX

Recetas médicas especiales

Fracción I, Estupefacientes y recetarios autorizados electrónicamente



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Cofepris
Comisión Federal para la Protección
contra Riesgos Sanitarios

ELEMENTOS DE UNA RECETA MÉDICA

(1) **Dr. Efraín Lizárraga Vega**

(3) Médico Cirujano Pediatra Cédula Profesional 123456 (4)

(2) UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

(6) Amaral Landeros Rocha (7) 30 de enero 2019

Edad 6 años

(9) Binotal (10) **ampicilina** suspensión, 250 mg/ 5mL

(12) 1 frasco de (90mL). Una vez reconstituido el polvo, colocar en el dosificador (cucharilla) 12mL e ingerir por vía oral a las 8 de la mañana, 12 del mediodía, 16 y 20 horas diariamente durante 10 días para la infección

(5) Reforma 560, Col. Floresta México D.F.
Tel. 52-39-80-76

(8) FIRMA

- | | | |
|-------------------------|---------------------------|-----------------|
| 1 Nombre del médico | 6 Paciente | 11 Dosificación |
| 2 Escuela o institución | 7 Fecha de prescripción | 12 Presentación |
| 3 Especialidad o título | 8 Firma del Médico | 13 Prescripción |
| 4 Cédula | 9 Denominación distintiva | |
| 5 Domicilio particular | 10 Denominación genérica | |

@COFEPRIS

COFEPRIS

@SSalud_mx

SecretariadeSaludMX

Para cualquier información comunícate al
Centro de Atención Telefónica 01 800 033 50 50

Art. 29 y 30 Reglamento de Insumos para la Salud
Art. 64 Reglamento De La Ley General De Salud En
Materia De Prestación De Servicios De Atención Médica

Capítulo XI FEUM- Suplemento para Establecimientos
dedicados a la venta y suministro de medicamentos y demás
insumos para la salud

Receta médica especial

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Cofepris
Comisión Federal de Protección de Consumidores y Usuarios

Folio XXXX
Día Mes Año

Nombre del paciente _____
CURP del paciente _____
Domicilio del paciente _____
Diagnóstico _____
Nombre comercial y genérico del medicamento _____
Cantidad _____ Presentación _____
Dosificación _____
No. de días de prescripción _____ Vía de administración _____

ORIGINAL FARMACIA

Firma autógrafa del Médico


5D4690TX

Receta médica Profesionistas

- 
- La receta médica es el documento que contiene, entre otros elementos, la prescripción de uno o varios medicamentos

Profesionista que pueden emitir recetas:

- I. Médicos;
- II. Homeópatas;
- III. Cirujanos dentistas;
- IV. Médicos veterinarios, en el área de su competencia;
- V. Pasantes en servicio social, de cualquiera de las carreras anteriores*, y
- VI. Enfermeras y parteras*.

Art. 240 Ley General de Salud
Art. 28 Reglamento de Insumos para la Salud

* Establecimientos públicos en los que se presten servicios de atención primaria a la salud y no hay médico que pueda prescribir;



Recetas médicas de medicamentos controlados

Medicamentos de las fracciones II y III.

Artículo 226 Ley General de Salud

Los medicamentos, para su venta y suministro al público, se consideran:

II. Medicamentos que requieren para su adquisición **receta médica que deberá retenerse en la farmacia que la surta** y ser registrada en los libros de control que al efecto se lleven, de acuerdo con los términos señalados en el capítulo VI de este título. El médico tratante podrá prescribir **dos presentaciones** del mismo producto como máximo, especificando su contenido. Esta prescripción tendrá vigencia de **treinta días** a partir de la fecha de elaboración de la misma.

*Vigencia 30 días

Art. 241 Ley General de Salud

Capítulo XII FEUM- Suplemento para Establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y demás insumos para la salud

Artículo 226 Ley General de Salud

Los medicamentos, para su venta y suministro al público, se consideran:

- III. Medicamentos que solamente pueden adquirirse con **receta médica que se podrá surtir hasta tres veces**, la cual debe sellarse y registrarse cada vez en los libros de control que al efecto se lleven. **Esta prescripción se deberá retener por el establecimiento que la surta en la tercera ocasión**; el médico tratante determinará, el número de presentaciones del mismo producto y contenido de las mismas que se puedan adquirir en cada ocasión **.

Se podrá otorgar por prescripción médica, en casos excepcionales, autorización a los pacientes para adquirir anticonvulsivos directamente en los laboratorios correspondientes, cuando se requiera en cantidad superior a la que se pueda surtir en las farmacias;

**Vigencia 180 días

Capítulo XII FEUM- Suplemento para Establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y demás insumos para la salud

Medicamentos fracción II y III

- **Fracción II..... 30 días a partir de la fecha de prescripción**
- **Fracción III..... 180 días a partir de la fecha de prescripción**

Leyenda obligatoria NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios	Artículo 226 de la Ley General de Salud
“Su venta o dispensación requiere receta médica, la cual se retendrá en la farmacia” y “ Su uso prolongado aún a dosis terapéutica puede causar dependencia”	II
“Su venta o dispensación requiere receta médica, que podrá surtirse en tres ocasiones, con vigencia de seis meses “ en su caso “ su uso prolongado aún a dosis terapéutica puede causar dependencia”	III

Medicamentos fracción II y III

Requisitos para el surtido de recetas

D
e
b
e

r
e
v
i
s
a
r
s
e

Que la receta sea expedida por:

- Médicos
- Médicos homeópatas
- Cirujano dentista (casos odontológicos)
- Médicos veterinarios (para animales)

Datos del prescriptor

D
e
b
e

r
e
v
i
s
a
r
s
e

- Nombre completo
- Domicilio completo
- Número telefónico
- Número de cédula(s) profesional (es)
- Institución educativa que otorgó el título
- Firma autógrafa del médico

Medicamentos fracción II y III

Requisitos para el surtido de recetas

D
e
b
e

r
e
v
i
s
a
r
s
e

Datos del paciente

- Nombre completo
- Edad
- Opcional: Fecha de nacimiento, talla, peso, temperatura, presión arterial.
 - Solicitar identificación oficial
 - Anotar al reverso de receta :
 - Nombre, domicilio y teléfono
 - Copia de la identificación o tipo y número de identificación

Medicamentos fracción II y III

D
e
b
e

r
e
v
i
s
a
r
s
e

Prescripción

- Fecha de emisión, mes, día y año en el orden que prefiera:
- Vigencia:
 - Fracción II, 30 días
 - Fracción III, 180 días
- Denominación genérica y/o distintiva
 - Si solo es incluye genérica indicar al reverso de receta la denominación distintiva o laboratorio fabricante
- Presentación (presentación y forma farmacéutica)

Medicamentos fracción II y III

D
e
b
e

r
e
v
i
s
a
r
s
e

Prescripción

- Cantidad por surtir:
 - Fracción II.... Dos piezas... a surtir una vez
 - Fracción III...Indicadas por el médico.. A surtir hasta en tres ocasiones.
 - Medicamento por receta
- Dosis, frecuencia y duración del tratamiento
- Vía de administración
- Instrucciones para el paciente

Medicamentos fracción II y III





Permiso especial/ Receta médica especial

Medicamentos de la fracción I

Medicamentos fracción I

- **Fracción I..... 30 días a partir de la fecha de prescripción**

Leyenda obligatoria NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios

Artículo 226 de la Ley General de Salud

“Su venta o dispensación requiere receta o permiso especial con código de barras, la cual se retendrá en la farmacia”

I

Recetas médicas especiales

Recetarios Físicos

18 cm

13,6
cm

The diagram shows a rectangular form with the following fields and dimensions:

- Top Left:** Domicilio, Teléfono, Radio, Horario (10.5 cm wide).
- Top Center:** Nombre del médico, Universidad, Cédula Profesional (10.5 cm wide).
- Top Right:** Puesto, Día, Mes, Año (1.2 cm high).
- Center:** Especialidad (1.2 cm high).
- Bottom Left:** Área para código de barras (1.2 cm high).
- Bottom Right:** Firma autógrafa del médico (1.2 cm high).
- Bottom Center:** Nombre del paciente, Domicilio del paciente, Diagnóstico, Nombre comercial y genérico del medicamento, Cantidad, Presentación, Dosis, No. de días de prescripción, Vía de administración.

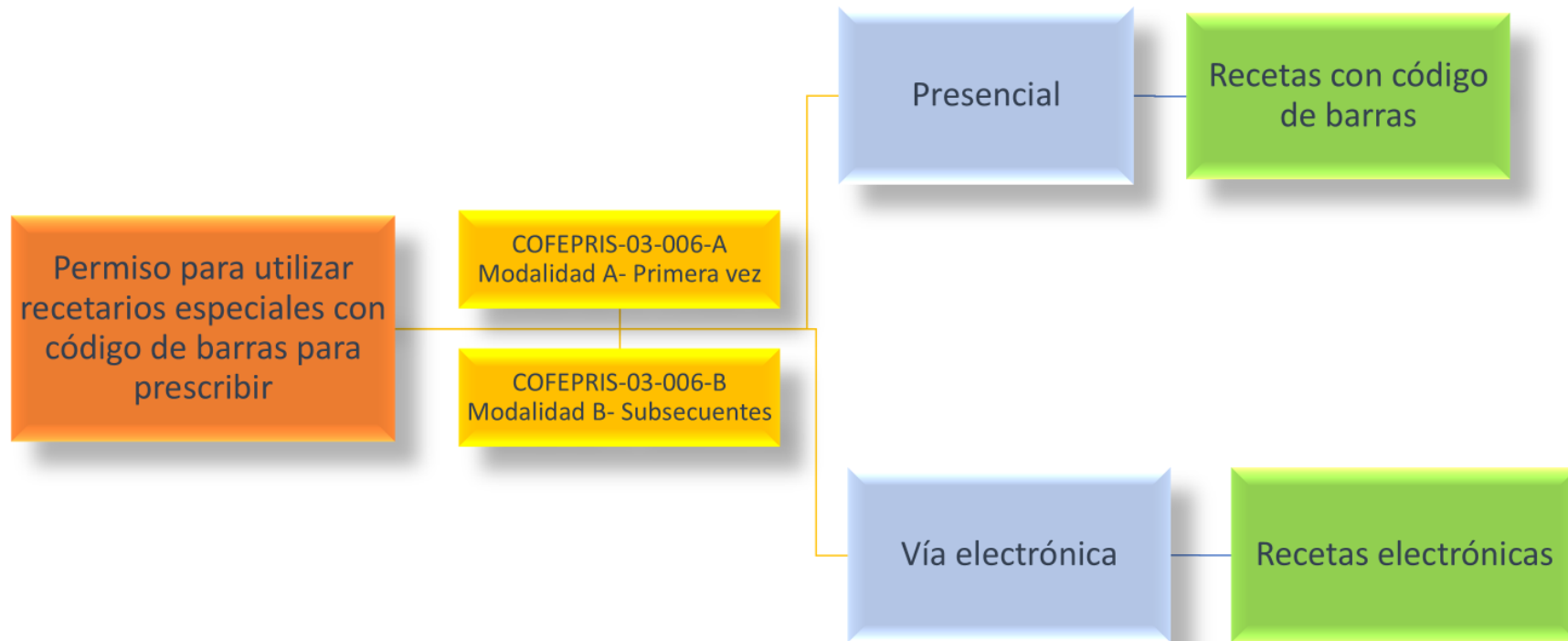
Recetarios Electrónicos

The diagram shows a rectangular form with the following fields and features:

- Top Left:** SALUD logo.
- Top Center:** Cafepreis logo.
- Top Right:** Folio 1, Día, Mes, Año.
- Center:** Nombre del paciente, CURP del paciente, Domicilio del paciente, Diagnóstico, Nombre comercial y genérico del medicamento, Cantidad (miligramos y mililitros), Presentación, Dosis, No. de días de prescripción, Vía de administración.
- Bottom Left:** FARMACIA.
- Bottom Center:** Firma autógrafa del médico.
- Bottom Right:** QR code.

Receta médica especial

Medicamentos Fracción I



Recetarios electrónicos

Ventajas

- ✓ Solicitar recetarios en cualquier parte
- ✓ Confidencialidad de datos del médico
- ✓ Notificación al medico una vez surtida la receta médica
- ✓ Impresión en consultorio u hospital
- ✓ Aumentan las recetas autorizadas a 200 por vez
- ✓ Validación de recetas mediante plataforma
- ✓ Facilita la dispensación
- ✓ Reduce costos de operación



Solicitud de ingreso de recetario electrónico

- ❖Copia simple legible de identificación Oficial
- ❖Copia certificada de la cédula profesional
- ❖Comprobante de domicilio del lugar donde prescribe
- ❖Escrito en el cual se especifique la designación de los profesionales responsables de la prescripción, en papel membretado y firmado por el Director de la institución

Trámites electrónicos de la COFEPRIS

Para utilizar este servicio es necesario que cuentes con su usuario y contraseña. Si no lo tienes, ponte en contacto con COFEPRIS para obtenerlo.

Usuario (correo electrónico):

Contraseña:

Confirmar datos

[Si eres médico regístrate aquí](#)

[Si eres persona física o moral sin actividad empresarial regístrate aquí](#)

[Si eres persona física o moral con actividad empresarial regístrate aquí](#)

Se les recomienda utilizar un sistema operativo basado en Windows y el navegador Internet Explorer 11 o superior.



* Cada archivo con un tamaño máximo de 2 Mb y en formato PDF



Solicitud de ingreso de recetario electrónico

- ❖ Requisitar la solicitud por medio del Sistema Electrónico de Trámites Sanitarios de acuerdo al manual del usuario

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/170560/Manual_recetarios_electronicos.pdf



4.2.1 Captura del trámite a ingresar COFEPRIS – 03 – 006.- Solicitud de permiso para utilizar recetarios Especiales con códigos de barras para prescribir Estupefacientes Modalidad A.- Primera vez.

4.2.1.1 Datos del Médico

En la primer pestaña se presentan los datos del médico que realiza la solicitud. Los datos corresponden al registro inicial y ya se encuentran capturados son:

- Usuario (correo electrónico)
- Nombre
- Apellido Paterno
- Apellido Materno
- Número de cédula profesional
- CURP

Los datos obligatorios a capturar son:

- **Institución que expide el título.**- Nombre completo sin abreviaturas de la dependencia escolar que expidió el Título.
- **Profesión.**- Seleccione la Carrera Profesional que cursó el médico responsable.
- **Trabaja en.**- Indique si trabaja en alguna institución, particular o en ambos

- **Calle.**- Nombre completo sin abreviaturas del domicilio del médico.
- **Colonia.**- Nombre completo sin abreviaturas de la colonia donde se ubica el domicilio del médico.
- **Entidad Federativa.**- Nombre completo sin abreviaturas de la entidad federativa donde radica el médico.
- **Municipio.**- Nombre completo sin abreviaturas del municipio donde se ubica el domicilio del médico.
- **Localidad.**- Localidad en donde radica el médico.
- **Código Postal.**- Número completo del código que corresponda.
- **Teléfono.**- Teléfono del médico responsable.

Solicitud 35991

 Oprimir para actualizar estado del trámite

Datos del médico

No. de recetarios

Archivos

Usuario

Usuario (correo electrónico):

cat13@prodigy.net.mx

Cédula profesional:

89652158

CURP:

PERP800713MDFRYZ08

Institución que expide el título*:

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

Nombre(s)*:

Rosalba

Primer apellido*:

Perfecto

Segundo apellido*:

Rayon

Profesión*:

Médico

Especialidad:

Cédula de especialidad:

Institución que expide la especialidad:

Trabaja en: ☒ Institución ☐ Particular

Dirección

Código postal*:

05670

Estado*:

Morelos

Municipio o Alcaldía*:

17. PUENTE DE IXTLA

Localidad*:

CAMPO GALERA

Colonia*:

Renacimiento

Calle*:

Calle 1

Lada:

01

Teléfono:

722 56985

* Campos obligatorios

Guardar cambios

← Regresar

Cancelar trámite

Finalizar trámite

4.2.1.2 *Número de Recetarios*

Deberá indicar la cantidad de folios de recetarios que requiere, la máxima cantidad a solicitar son 200 folios.

Solicitud 35991

 Oprimir para actualizar estado del trámite

Datos del médico

No. de recetarios

Archivos

Recetarios

Número de recetas*:

200

¿Usted ha sido designado por alguna institución?*

☒ Sí ☐ No

Institución que designa al médico como responsable:

IMSS

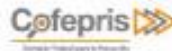
* Campos obligatorios

Guardar cambios

 Regresar

Cancelar trámite

Finalizar trámite



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Centro Integral de Servicios
Comprobante de Trámite

NÚMERO DE TRÁMITE

Homoclave del Trámite:

COFEPRIS-03-006

Nombre de Trámite:

**SOLICITUD DE PERMISO PARA UTILIZAR RECETARIOS
ESPECIALES CON CÓDIGO DE BARRAS PARA PRESCRIBIR**

Modalidad:



153300306A0078

A. PRIMERA VEZ

NOMBRE:

Mauricio Ruiz Sal

DOMICILIO:

Calle 2, CAMPO GALERA, 17, PUENTE DE IXTLA, Morelos
05470

Para obtener información sobre la disponibilidad de sus trámites usted podrá consultarnos en nuestra página www.cofepris.gob.mx en "Resoluciones Disponibles" o bien comunicarse al Centro de Atención Telefónica al número 01 800 033 5050.

8.1 Descarga Copia de Resolución

La resolución se deberá imprimir y resguardar.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS SECRETARÍA DE
SALUD
COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA
RIESGOS SANITARIOS
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE REGULACIÓN DE
ESTUPEFACIENTES, PSICOTRÓPICOS Y SUSTANCIAS
QUÍMICAS

Cofepris
Comisión Federal para la Protección
contra Riesgos Sanitarios

Oklahoma No.14, Nápoles, C.P. 03810, México

PERMISO DE USO DE RECETARIO MEDICO

Autorización No: 153300306A0023

Fecha de Expedición:
17 de febrero de 2015

Con fundamento en los artículos 236, 240 y 241 fracc. I de la ley general de salud se otorga el presente permiso para utilizar los recetarios especiales con código de barras para la prescripción de Estupefacientes en la República Mexicana.

Nombre del Médico: Mau Ruiz Sal

Domicilio: Calle 1, Col. Renacimiento, CAMPO GALERA, Puente de Ixtla, Morelos, CP.
05670

Título: Médico Cirujano Cédula Profesional: 22222222

Especialidad: Espe



M09190S0023

FIRMA DEL MEDICO

IMPORTANTE: Cualquier modificación a los datos del presente, permiso deberá ser notificado a la autoridad sanitaria estatal dentro de los siguientes 30 días

ATENTAMENTE

RUMALDO ERNESTO NAVA SÁNCHEZ

En suplencia por ausencia del Comisionado de Autorización Sanitaria, de conformidad con lo dispuesto por el párrafo tercero del artículo 21 del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios y el numeral vigésimo sexto fracción I del Acuerdo por el que se delegan las facultades que se señalan en los Órganos Administrativos que en el mismo se indican de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, publicado en el Diario Oficial de la Federación

Recetario electrónico Estupefacientes

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Cofepris
Comisión Federal de Protección de Consumidores y Usuarios

Folio XXXX
Día Mes Año

Nombre del paciente _____
CURP del paciente _____
Domicilio del paciente _____
Diagnóstico _____
Nombre comercial y genérico del medicamento _____
Cantidad _____ Presentación _____
Dosificación _____
No. de días de prescripción _____ Vía de administración _____

ORIGINAL FARMACIA

Firma autógrafa del Médico


5D4690TX

Original Farmacia

Copia paciente

Copia médico

Proceso de Solicitud

COFEPRIS-03-006-B Solicitud de permiso para utilizar recetarios especiales con código de barras para prescribir estupefacientes. Modalidad «B» Subsecuente.

Recetarios físicos

- 1) Formato «Otros» debidamente requisitado

Homoclave	Nombre, modalidad y guía rápida de llenado
COFEPRIS-03-006-B	Solicitud de Permiso para Utilizar Recetarios Especiales con Código de Barras para Prescribir Estupefacientes <u>Modalidad B - Subsecuente</u>
1 → 5	

- 2) Recetario





GOBIERNO DE
MÉXICO

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-03-006-A Solicitud de permiso para utilizar recetarios especiales con código de barras para prescribir estupefacientes.

Modalidad A- Primera vez

Ficha técnica	Formato	Pago asociado	Ficta del trámite	Fundamento legal	
	Otros Trámites Instructivo	No requiere pago	Aplica negativa ficta	ARTÍCULOS 240 241 Y 375 FRACCIÓN IV DE LA LEY GENERAL DE SALUD; 51 Y 52 DEL REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.	

Campos a llenar del formato

1

→

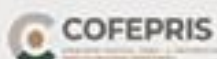
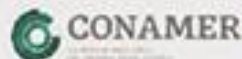
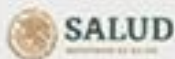
5

Clic para
descargar
el formato

Clic para
descargar el
instructivo
de llenado

Requisitos documentales

- ❖ Formato "Otros Trámites", debidamente requisitado.
- ❖ Recetarios.
- ❖ Copia simple legible de identificación Oficial: (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
- ❖ Escrito en el cual se especifique la designación de los profesionales responsables de la prescripción, en papel membretado y firmado por el director de la institución, cuando se trate de instituciones hospitalarias (original y dos copias).
- ❖ Copia certificada de la cédula profesional que los acredite como profesionales en alguna de las ramas a que se refiere el artículo 50 del Reglamento de Insumos para la Salud (RIS).



Contacto:
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles,
Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 800-033-5050

Otros Trámites

Homoclave del formato	Uso exclusivo de la COFEPRIS
FF-COFEPRIS-05	Número de ingreso
Número de RUPA	

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.

Llenar con letra de molde legible o máquina o computadora.

El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave:	COFEPRIS-03-006-A	Nombre:	Solicitud de permiso para utilizar micetarios especiales con código de barras para prescribir estupefacientes
Modalidad:	A - Primera vez		

2. Datos del establecimiento

Persona física	Persona moral
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	Representante legal o apoderado que solicita el trámite
Primer apellido:	RFC:
Segundo apellido:	CURP (opcional):
Lugar:	Nombre(s):
Teléfono:	Primer apellido:
Extensión:	Segundo apellido:
Correo electrónico:	Lugar:
	Teléfono:
	Extensión:
	Correo electrónico:

Llenar solo en caso de establecimientos con manejo de psicotrópicos o estupefacientes.

Responsable sanitario	Número de Licencia Sanitaria
RFC:	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

5. Permiso de recetas especiales con código de barras para prescribir estupefacientes

☒ Permiso ☐ Aviso de pérdida o robo ☐ Actualización de recetas

Número de folios de los recetas especiales con código de barras: Del: Foto 000 Al: Foto 200

Datos del médico

RFC:	Título profesional de:
CURP (opcional):	Número de cédula profesional:
Nombre(s):	Expedidos por:
Primer apellido:	Especialidad:
Segundo apellido:	Expedida por:
	Correo electrónico:

Domicilio del médico

Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vía:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, tenacera entre otros)	Entidad Federativa:
Número exterior:	Entre vía (tipo y nombre):
Número interior:	Y vía (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Vía posterior (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sociedad, sector, entre otros.)	Cada:
	Teléfono:
	Extensión:

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario. (Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo)

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos? ☐ Sí ☐ No

Nombre completo y firma autógrafa
del médico solicitante

Principales motivos de Prevención



Llenado de la
solicitud Formato
«OTROS»



Domicilio mal
requisitado

Datos académicos
mal requisitados



Cédula



Cédula no
certificada

Cédula certificada
de la especialidad



Comprobante de
domicilio



Comprobante de
domicilio distinto al
lugar de
prescripción

El comprobante
de domicilio no
corresponde a los
indicados: Luz,
Agua, etc.

Rebasa los 3
meses de
antigüedad



Carta de
designación



Carta designación
con datos distintos
al lugar de
prescripción

No se especifica que la
designación es para
prescribir
medicamentos
estupefacientes

No se encuentra
firmada por el
Director general de
la Institución



FARMACIAS



**Portal de Servicios de la COFEPRIS
(Farmacias)**

El portal de servicios tiene el objetivo de proporcionar a las farmacias la posibilidad de verificar la validez de las recetas para medicamentos de **Fracción I**, emitidas por los médicos autorizados por la COFEPRIS; logrando establecer mecanismos de seguridad e integridad para los médicos y farmacias.

<http://www.cofepris.gob.mx>

En la sección de Información Relevante, seleccionar Portal de Servicios.

Para usuario y contraseña:

recetarioelectronico@cofepris.gob.mx

FARMACIAS



4 SELECCIÓN DE FARMACIA

En la **Selección de Farmacia** debe seleccionar el nombre o razón social de la farmacia donde se surtirá la receta.

Cerrar Sesión

Inicio > **Selección de Farmacia**

Servicios de la COFEPRIS (Portal para farmacias)

Datos Generales

RFC: PRUE000002
Nombre: CONTACTO DE PRUEBA
RFC de Establecimiento: RPH 920529115

Farmacia

Seleccione una opción
ESTABLECIMIENTO DE PRUEBA

Dirección

Seleccione

- ☐ Surtir receta
☐ Reporte de recetas surtidas

Continuar

FARMACIAS

Una vez seleccionado el nombre o razón social se desplegará un listado con todas las direcciones de los establecimientos notificados ante COFEPRIS. Usted deberá seleccionar el domicilio que le corresponda a la farmacia donde se surtirá la receta.

Datos Generales

RFC: PRUE000002
Nombre: CONTACTO DE PRUEBA
RFC de Establecimiento: RPH 920529I15

Farmacia

ESTABLECIMIENTO DE PRUEBA

Dirección

Seleccione una opción
BLVD. GARCIA MORALES KM. 6.5 Col. EL LLANO 26. HERMOSILLO C.P.

Seleccione

- ☐ Surtir receta
☐ Reporte de recetas surtidas

Continuar

FARMACIAS

Servicios de la COFEPRIS (Portal para farmacias)

Datos Generales

RFC: PRUE000002
Nombre: CONTACTO DE PRUEBA
RFC de Establecimiento: RPH 920529I15

Farmacia

ESTABLECIMIENTO DE PRUEBA

Direccion

BLVD. GARCIA MORALES KM. 6.5 Col. EL LLANO 26. HERMOSILLO C.P.

Seleccione

☒ Surtir receta

☐ Reporte de recetas surtidas

Continuar

FARMACIAS

Inicio > **Captura de receta**

Servicios de la COFEPRIS (Portal para farmacias)

Datos Generales

RFC: PRUE000002
Nombre: CONTACTO DE PRUEBA
RFC de Establecimiento: RPH 920529I15

Farmacia: ESTABLECIMIENTO DE PRUEBA
Domicilio: BLVD. GARCIA MORALES KM. 6.5 Col. EL LLANO 26. HERMOSILLO C.P.

Código bidimensional

Estatus de la receta

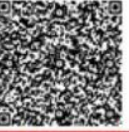
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Cofepris
Comisión Federal de Protección de Consumidores y Usuarios

Folio XXXX
Día Mes Año

Nombre del paciente _____
CURP del paciente _____
Domicilio del paciente _____
Diagnóstico _____
Nombre comercial y genérico del medicamento _____
Cantidad _____ Presentación _____
Dosificación _____
No. de días de prescripción _____ Vía de administración _____



ORIGINAL FARMACIA Firma autógrafa del Médico **M0923211203**

En caso de que la receta presente la etiqueta con código de barras lineal, deberá capturar los últimos 11 caracteres del código, como se muestra en el siguiente ejemplo.

Folio 502



GAAA791020MDFRGN0S-**M09190S0516**

FARMACIAS

Inicio » **Captura de receta**

Servicios de la COFEPRIS (Portal para farmacias)

Datos Generales

RFC: PRUE000002
Nombre: CONTACTO DE PRUEBA
RFC de Establecimiento: RPH 920529I15

Farmacia: ESTABLECIMIENTO DE PRUEBA
Domicilio: BLVD. GARCIA MORALES KM. 6.5 Col. EL LLANO 26. HERMOSILLO C.P.

Código bidimensional

M0923211203

Estatus de la receta

Estatus: No surtida Folio: 1

Datos del médico

Nombre: Mau Ruiz Sal
Especialidad: Espe
Cédula: 22222222
Domicilio: Monterrey No. 8 Col. Jacarandas Distrito Federal Azcapotzalco C.P. 06030

Captura información

A continuación se presiona el botón **Captura información** y aparecen los campos obligatorios a llenar:

FARMACIAS

A continuación se presiona el botón **Captura información** y aparecen los campos obligatorios a llenar:

- **Fecha.-** Corresponde al a fecha de la receta.
- **Nombre del paciente.-** Nombre completo del paciente.
- **Dirección del paciente.-** Domicilio completo del paciente.
- **Diagnóstico.-** Diagnóstico emitido por el médico.
- **Nombre comercial del medicamento.-** Nombre comercial del medicamento, en caso de que el medicamento se haya capturado con anterioridad el sistema mostrará las posibles coincidencias.
- **Cantidad.-** Indica la cantidad de cajas del medicamento a surtir.
- **Presentación.-** Indica la presentación del medicamento a surtir (tabletas, cápsulas, ampolletas, etc...)
- **Dosificación.-** Dosis señalada por el médico.
- **Número de días de prescripción.-** Número de días del tratamiento, señalado por el médico.
- **Vía de administración.-** Indica la vía de administración del medicamento (Oral, Intramuscular, Intravenosa, etc...)

FARMACIAS

Los campos opcionales son:

- **Número de lote del medicamento.**- indica el Número de lote del medicamento a surtir
- **CURP del paciente.**- Clave Única de Registro de Población del paciente

Favor de revisar el registro de la receta



¡Gracias!

Nos vemos la siguiente semana