

Elementos básicos de una receta médica

Para evitar errores en la interpretación, la prescripción debe ser: clara, **legible y sin abreviaturas**, para proteger la seguridad del paciente

Se recomienda anexar también:

Nombre completo del paciente; edad; sexo; alergias (sí, no, ¿cuáles?); talla; peso; IMC, temperatura; presión arterial; diagnóstico médico.

Descripción del tratamiento:

Nombre genérico; Forma farmacéutica; Dosis; Presentación; Frecuencia; Vía de administración; Duración del tratamiento; Indicaciones para el uso

De acuerdo con el artículo 28 del **“Reglamento de insumos para la salud”**:

La receta médica podrá ser emitida por:

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

Los profesionales deberán contar con cédula profesional expedida por las autoridades educativas competentes. Los pasantes, enfermeras y parteras podrán prescribir ajustándose a las especificaciones que determine la Secretaría.

Referencias:

Secretaría de Salud. Ley General de Salud. México. Diario Oficial de la Federación; 7-02-1984. Texto vigente. Última reforma publicada el 11-05-2018; [acceso el 21-05-2018]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo11037.html>
Secretaría de Salud. Artículo 28 y 29. Reglamento de insumos para la salud. Diario Oficial de la Federación; 4-02-1998. Texto vigente. Últimas reforma publicada el 14-03-2014; [acceso el 21-05-2018]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo88318.html>

Receta médica

Nombre completo del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Alergias: _____

Talla: _____ Peso: _____ IMC: _____ Temperatura: _____ Presión arterial: _____

Diagnóstico médico: _____

Tratamiento: _____

Amoxicilina + ácido clavulánico.
Tabletas 500/125 mg. Caja con 12 tabletas.
Tomar 1 cada 8 horas. Vía oral,
durante 7 días. Administrarse junto con alimentos.

Nombre completo
Ced. Prof. 00000 7000
Escuela Nacional

Fecha: ____ / ____ / ____

Bienestar 21, Barrio Salud, Ciudad
de México 04201 número telefónico

Datos obligatorios por Ley

Nombre completo del médico que prescribe

Número de cédula(s) profesional(es)

Institución(es) que emite el título

Fecha

Domicilio completo del consultorio

Teléfono

Firma

Firma del médico



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO