



**Departamento Acción Sanitaria**  
**Políticas Farmacéuticas**

QF. WOT

**FORMULARIO PARA AUTORIZAR RECETARIOS CHEQUE (VERDE) AREA ASISTENCIAL**

<b>Nombre del Director del Establecimiento</b>	
<b>Nombre Encargado de Farmacia / Botiquín</b>	
<b>Nombre del Establecimiento</b> ( Hospital, Clínica, Cefam, otro)	
<b>Tipo de Establecimiento Farmacéutico:</b> Farmacia/Botiquín	
<b>RUT Establecimiento</b>	
<b>Dirección</b>	
<b>Comuna</b>	
<b>Teléfono</b>	

	<b>Cantidad de Talonarios</b>	<b>Número de Hojas</b>
<b>Recetas: Estupefacientes/Psicotrópicos</b>		

**Indicar:**

1.-Serie: .....

Folio: desde- hasta:.....

2.-Adjuntar al formulario la primera y última receta de la partida (fotocopiada /escaneada)

3.- Fecha.....

.....

**Firma Director Establecimiento**

.....

**Firma Encargado Farmacia/ Botiquín**