



MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA DE COSTA RICA

**DIRECCION DE REGISTROS Y CONTROLES
AREA DROGAS ESTUPEFACIENTES, SICOTROPICOS
Y PRECURSORES**

SOLICITUD DE RECETARIOS

Fecha _____

PSICOTROPICOS # _____ ESTUPEFACIENTES # _____

NOMBRE (MEDICO O INSTITUCION) SOLICITANTE: _____

CODIGO _____ ESPECIALIDAD _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____ FIRMA _____

NOTA: ESTA SOLICITUD DEBE SER LLENA, EN SU TOTALIDAD, DE PUÑO Y LETRA DEL MEDICO SOLICITANTE Y EN CASO DE INSTITUCION POR EL REGENTE FARMACEUTICO.

ESPACIO PARA AUTORIZACION

AUTORIZO A: _____ CEDULA _____

PARA GESTIONAR EN MI NOMBRE, LOS TRAMITES REFERENTES A ESTA SOLICITUD,
ANTES EL MINISTERIO DE SALUD.

RECIBIDO CONFORME _____ CEDULA _____



**MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA DE COSTA RICA**

SOL REC