



**Mat.:** Aprueba “*Formato de prescripción de medicamentos*”.

**Santiago.**

**VISTOS**, Lo dispuesto en:

1. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N°s. 18.933 y 18.469;
2. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653, de 2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado;
3. La Ley N°19.880, sobre Bases de los Procedimientos Administrativos de los Órganos del Estado;
4. Los Decretos Supremos N° 140/2004 y N° 38/2005, ambos del Ministerio de Salud, que aprueban los reglamentos orgánicos de los Servicios de Salud y de los Establecimientos de Autogestión en Red;
5. Las Resoluciones N°36, de 2024, y N°8, de 2025, ambas de la Contraloría General de la República, sobre exención del trámite de toma de razón y normativa aplicable a la tramitación de actos administrativos.
6. La Resolución Exenta RA N°116675/92/2024, de 30 de enero de 2024, que modifica la Resolución Exenta RA N°116675/419/2023, del Servicio de Salud Metropolitano Central, que nombra en calidad de titular el cargo de Director del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

## CONSIDERANDO

a) Que, el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, como establecimiento autogestionado de alta complejidad y centro de referencia nacional en atención de urgencias, debe contar con instrumentos institucionales que estandaricen los procesos vinculados a la farmacoterapia, resguardando la seguridad del paciente y la calidad de la atención clínica.

b) Que, la prescripción de medicamentos constituye una etapa crítica del proceso de uso de medicamentos, por cuanto materializa la indicación terapéutica del profesional de salud y sirve de base para la posterior dispensación y administración, siendo necesario definir requisitos mínimos que reduzcan errores asociados a omisiones, ambigüedades, abreviaciones inadecuadas o formatos incompletos.

c) Que, el presente documento tiene por objeto definir los contenidos mínimos y los distintos formatos de prescripción de recetas utilizadas en el HUAP, estableciendo lineamientos para las recetas simples, cheque, electrónicas, magistrales y tipo, así como criterios de validación, rechazo y buenas prácticas de prescripción, con el fin de contribuir a una dispensación y administración segura de medicamentos.

d) Que, este instrumento delimita responsabilidades para médicos, cirujanos dentistas, jefaturas clínicas, personal de enfermería, técnicos de farmacia, químicos farmacéuticos y jefatura de farmacia, promoviendo un trabajo coordinado entre las unidades clínicas y la Unidad de Farmacia, en concordancia con la normativa sanitaria vigente y con estándares orientados a la prevención de errores de medicación.

e) Que, de conformidad con lo anterior, en el ejercicio de lo dispuesto en el artículo 23 letra c) del Decreto Supremo N°38. De 2005, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, según el cual le corresponde al Director organizar internamente el Establecimiento Autogestionado y;





f) asignar las tareas correspondientes, con el fin de atender las necesidades públicas o colectivas de una manera regular, continua y permanente, como lo ordenan los artículos 3° y 28 de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y con la finalidad de establecer la **sexta versión** del “*Formato de prescripción de medicamentos*”, dicto la siguiente:

## RESOLUCIÓN

I. **APRUÉBANSE** la **sexta versión** del “*Formato de prescripción de medicamentos*”, que es del siguiente tenor:

	PROTOCOLO FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS				
	CÓDIGO APF 1.5	VERSIÓN 06	FECHA 12/2025	VIGENCIA 5 años	N° PÁGINAS 29




Revisado Por:	Aprobado Por:
 <p>Firmado por: Karla Andrea Alfaro Flores Jefatura Calidad y Seguridad del Paciente Fecha: 09-01-2026 10:38 CLT Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río</p>	 <p>Firmado por: Patricio Raúl Barria Alef Director Huap Fecha: 08-01-2026 18:31 CLT Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río</p>

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.  
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/NK10DE271>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.  
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 2 de 29

## ÍNDICE


I. INTRODUCCIÓN .....	3
II. OBJETIVOS .....	4
III. ALCANCE .....	4
IV. DEFINICIONES .....	4
V. RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN .....	7
VI. DESARROLLO .....	8
VII. DISTRIBUCIÓN .....	14
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	14
IX. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO .....	15
X. ANEXOS: .....	16



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 3 de 29

## I. INTRODUCCIÓN

La prescripción de medicamentos que realiza el profesional de la salud, es el resultado de una serie de consideraciones y decisiones relacionadas con la evolución de una enfermedad y con el papel que los fármacos desempeñan en su tratamiento.

La receta médica es el instrumento asociado a la atención de salud y que materializa la prescripción de los medicamentos requeridos para el apropiado manejo farmacoterapéutico de la patología o síndrome diagnosticado.

En nuestra legislación, la receta ha sido definida como la orden suscrita por médico cirujano, cirujano dentista, matrona o médicos veterinarios con el fin de que una cantidad de cualquier medicamento o mezcla de ellos sea dispensada conforme a lo señalado por el profesional que la extiende.

Respecto de su naturaleza, la receta es legalmente entendida como un instrumento privado, de propiedad del paciente y tiene incorporada en su esencia la confidencialidad de los datos que en ella se contienen, por lo que los mismos no pueden ser difundidos o publicados de ninguna forma, salvo las excepciones legalmente establecidas.


En el HUAP se utilizan diversos formatos de recetas adaptados a las características propias de cada Servicio Clínico.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 4 de 29

## II. OBJETIVOS

### General:

Definir los contenidos mínimos y los distintos formatos de prescripción de recetas utilizadas en el HUAP para contribuir a una dispensación y administración segura.

### Específicos:

- Establecer los distintos formatos de prescripción según la clasificación del fármaco o el proceso asistencial que gatilla la receta.
- Determinar los contenidos mínimos que debe tener cada formato de prescripción.
- Disminuir los errores relacionados con medicamentos asociados a la prescripción médica.
- Delimitar los criterios para el rechazo de prescripciones

## III. ALCANCE

- Profesionales del HUAP que prescriben medicamentos: médicos y cirujanos dentistas.
- Personal del servicio de Farmacia.
- Auxiliares que trasladan recetas y medicamentos entre farmacia y los servicios clínicos.
- Personal de gestión del cuidado que administra medicamentos.

## IV. DEFINICIONES


- **Concentración:** cantidad de un medicamento respecto de una unidad de volumen, como por ejemplo 10 mg/mL, 10%, 10 Molar, etc.
- **Denominación común internacional (DCI):** conocida también como nombre genérico, identifica una sustancia farmacéutica o un principio activo



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 5 de 29

farmacéutico, y es asignada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se trata de un nombre único mundialmente reconocido que pertenece al dominio público. Algunos ejemplos de DCI son: ibuprofeno, paracetamol y amoxicilina.


- **Dosis:** cantidad total de un medicamento dentro de una presentación expresada en una unidad de peso. Ej. en 1 comprimido de Paracetamol 500 mg la dosis total es 500 mg.
- **Forma Farmacéutica:** forma física en que se dispone un medicamento, como comprimidos, jarabe o solución inyectable.
- **Hoja “autocopiativa”:** hoja de indicaciones para pacientes hospitalizados realizada por el médico la cual incluye distintas instrucciones sobre el manejo clínico de los pacientes para las próximas 24 horas. Entre ellas se encuentran los medicamentos indicados. Recibe el nombre de autocopiativa ya que se genera en un formato impreso que permite emitir varias copias.
- **HUAP:** Hospital de Urgencia Asistencia Pública.
- **Medicamentos CAFU:** nómina de productos farmacéuticos de uso nacional cuya disponibilidad en el mercado nacional es limitada, debido a que no existen en Chile o se dispone muy irregularmente de ellos. Su indicación principal es para ciertas patologías de baja incidencia y alta letalidad, como intoxicaciones o algunas enfermedades infecciosas.
- **Posología:** conjunto de instrucciones que describen la dosis del medicamento, frecuencia de administración, duración del tratamiento y vía de administración.
- **Presentación:** formato unitario en el que se dispensa el medicamento, como comprimido, frasco, ampolla, etc.
- **Producto Farmacéutico o medicamento:** Cualquier sustancia natural o sintética, o mezcla de ellas, que se destine al ser humano con fines de curación, atenuación, tratamiento, prevención o diagnóstico de las enfermedades o sus síntomas, para modificar sistemas fisiológicos o el estado mental en beneficio de la persona a quien le es administrado.
- **Receta “autocopiativa”:** sección de la hoja “autocopiativa” que incluye los medicamentos para las siguientes 24 horas de los pacientes hospitalizados y que es entregada a farmacia para la preparación de dosis diarias.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 6 de 29


- **Receta cheque o “verde”:** Aquella por medio de la cual se prescriben productos estupefacientes o psicotrópicos y que se extiende empleando los formularios oficiales del HUAP, timbrados por la SEREMI de salud y foliados. Si bien algunos medicamentos sujetos a control legal sólo requieren receta simple retenida, el HUAP define que para todos los fármacos de esta categoría se emplearán recetas cheque o “verdes” para asegurar el orden y trazabilidad de estas prescripciones.
- **Receta electrónica:** receta generada a través del software de ficha clínica electrónica que contiene las prescripciones de un paciente ya sea para el uso agudo como las dentales o de la unidad de salud del trabajador, o bien para pacientes hospitalizados o en el régimen de hospitalización domiciliaria.
- **Receta magistral:** Aquella receta simple en que un profesional legalmente habilitado para ello prescribe una fórmula especial para un paciente determinado, la que debe ser enviada a preparar a un recetario magistral externo, el cual retiene este documento.
- **Receta Médica:** es el instrumento privado, gráfico o electrónico, mediante el cual el profesional habilitado para prescribir indica a una persona identificada y previamente evaluada, como parte integrante del acto médico y por consiguiente de la relación clínica, el uso y las condiciones de empleo de un producto farmacéutico, por su denominación común internacional (D.C.I). Deberá ser extendida en documento gráfico o electrónico cumpliendo con los requisitos y resguardos que determine la reglamentación pertinente. Si es manuscrita deberá extenderse con letra fácilmente legible. Para el caso de este documento se incluyen aquí todos los tipos de receta: autocopiativa, cheque, electrónica, magistral, simple y tipo.
- **Receta Simple:** receta utilizada para la indicación de medicamentos regulares (excluye los sujetos a control legal). En el caso de nuestro hospital se define que todas son retenidas por farmacia.
- **Receta tipo:** Formato de receta impresa confeccionada por el servicio de farmacia que se destinan a patologías o programas del HUAP y que suelen incluir el arsenal farmacológico disponible para ello. Se incluyen en esto las recetas de alta por infarto agudo al miocardio o accidente cerebro vascular (GES IAM/ACV); para terapias antirretrovirales contra el VIH (GES 18); sobre tratamiento profiláctico para las víctimas de violencia sexual (GES 86); del



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 7 de 29

programa de tuberculosis (TBC); recetas de CAFU, las de nutrición parenteral prellenada; para reposición de stock mínimo de los servicios críticos, de Ganciclovir y de Albúmina/Inmunoglobulina.

## V. RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN


Responsables	Funciones
<b>Médicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prescribir la farmacoterapia requerida por cada paciente siguiendo las orientaciones y obligaciones definidas en este protocolo.</li> </ul>
<b>Jefes(as) de servicio clínico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Instruir a los profesionales prescriptores el cumplimiento de la normativa correspondiente a la prescripción de medicamentos.</li> <li>● Solicitar a los profesionales prescriptores la corrección de una receta cuando haga falta.</li> </ul>
<b>Enfermeras/os de Servicio Clínico y de Apoyo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Organizar el proceso de envío de recetas a farmacia velando por la aptitud de las mismas.</li> </ul>
<b>Químicos Farmacéuticos de Farmacia.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conocer y supervisar el cumplimiento del protocolo, mediante la validación de las recetas.</li> <li>● Resolver dudas y requerimientos de los técnicos de farmacia.</li> <li>● Informar al jefe de farmacia sobre prescripciones rechazadas cuando no sea posible corregirlas</li> </ul>
<b>Técnicos de Farmacia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conocer los diferentes formatos de rectas en los que se deben solicitar el despacho de los medicamentos.</li> <li>● Conocer los requisitos mínimos obligatorios de las mismas y pedir la debida validación al Químico Farmacéutico.</li> <li>● Consultar al Químico Farmacéutico ante dudas de interpretación, omisión de datos o cualquier otro que dificulte la dispensación</li> </ul>
<b>Jefe de Farmacia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Solicitar a los jefes de servicio la corrección de las recetas cuando sea necesario</li> <li>● Participar del análisis de eventos adversos</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 8 de 29

	<b>asociados a la prescripción para generar e implementar planes de mejora asociados.</b>
<b>Subdirección de Gestión Clínica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tomar acciones ante el incumplimiento grave y/o reiterado de este protocolo según alerta del jefe de farmacia</b></li> </ul>

## VI. DESARROLLO

### LINEAMIENTOS GENERALES

- Toda receta debe contener el nombre del paciente, sus dos apellidos y el RUT. En el caso de que el nombre social sea diferente al registral, se debe poner primero el nombre legal, seguido del nombre social.
- Para pacientes NN o extranjeros indocumentados, la receta deberá incluir el RUT otorgado por el HUAP a través del módulo web generador de RUT según el protocolo REG 1.1.
- Toda prescripción deberá identificar el medicamento por el nombre del (los) principio(s) activo(s), la dosis de la presentación, la presentación y/o forma farmacéutica, la posología incluyendo la duración del tratamiento y la vía de administración.


Forma Farmacéutica	Presentación	Vía de administración
Comprimido	Comprimido	oral
Cápsula	Cápsula	oral
Gragea	Gragea	oral
Jarabe, solución oral o suspensión oral	Frasco	oral
Solución o suspensión inyectable	Ampolla o frasco ampolla	subcutáneo, endovenoso o intramuscular
Solución inyectable (sueros)	Matraz	subcutáneo o endovenoso
Liofilizado o polvo para solución o suspensión inyectable	Frasco ampolla	endovenoso o intramuscular



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 9 de 29

<b>Crema, pomada o ungüento</b>	<b>Pomo</b>	<b>tópico</b>
<b>Supositorio, enema</b>	<b>Supositorio</b>	<b>rectal</b>

Ejemplo de dosis:

En el caso del Paracetamol comprimido, su potencia es de 500 mg.

En el caso del Paracetamol inyectable, su potencia es de 1 g/100 mL.

Ejemplo de posología:

Un ejemplo de posología es “1 g cada 8 horas vía oral por 3 días”

- En el caso de la identificación del medicamento, no se aceptarán nombres comerciales o de fantasía, abreviaciones o nomenclaturas químicas, por lo tanto, solo se aceptarán recetas en donde el medicamento se identifique bajo su DCI.

<b>Correcto</b>	<b>Incorrecto</b>
<b>Cloruro de sodio</b>	<b>Sodio, Na, NaCl</b>
<b>Dexmetomidina</b>	<b>Precedex</b>

- Podrá utilizarse nombres comerciales sólo cuando se trate de un nombre universal sin espacio a errores de interpretación o en una asociación de principios activos siempre que se identifique la potencia de la presentación. Los nombres comerciales aceptados en HUAP son:


<b>Nombre (DCI)</b>	<b>Nombre comercial o de fantasía</b>
<b>Ácido acetilsalicílico</b>	<b>Aspirina</b>
<b>Ácido Ascórbico</b>	<b>Vitamina C</b>
<b>Cianocobalamina</b>	<b>Vitamina B12</b>
<b>Colistimetato sódico</b>	<b>Colistin</b>
<b>Complejo protombínico</b>	<b>Octaplex/Beriplex</b>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 10 de 29

<b>Sulfametoxazol/trimpetropim</b>	<b>Cotrimoxazol (forte)</b>
<b>Dalteparina</b>	<b>Fragmin</b>
<b>Escopolamina N-butilbromuro</b>	<b>Buscapina</b>
<b>Fenoterol/Bromuro de Ipratropio</b>	<b>Berodual</b>
<b>Fitoquinona</b>	<b>Konakion</b>
<b>Hidroxicarbamida</b>	<b>Hidroxiurea</b>
<b>Iodixanol</b>	<b>Visipaque</b>
<b>Lubricante oftálmico</b>	<b>Lagrimas artificiales</b>
<b>Metamizol</b>	<b>Dipirona</b>
<b>Ortooftaldehído</b>	<b>OPA</b>
<b>Pargeverina</b>	<b>Viadil</b>
<b>Pargeverina/metamizol</b>	<b>Viadil compuesto</b>
<b>Piridoxina</b>	<b>Vitamina B6</b>
<b>Simeticona</b>	<b>Flapex</b>
<b>Tenofovir/Lamivudina/Dolutegravir</b>	<b>TLD</b>
<b>Tiamazol</b>	<b>Metimazol</b>
<b>Tiamina</b>	<b>Vitamina B1</b>
<b>Ácido transretinoico</b>	<b>Tretinoína</b>
<b>Polietilenglicol</b>	<b>PEG o Macrogol</b>
<b>Tiotropio/Olodaterol</b>	<b>Spiolto</b>
<b>Metilprednisolona</b>	<b>Solu-medrol</b>

- Respecto de las formas farmacéuticas líquidas, se debe especificar la concentración y el volumen de la presentación. El volumen debe idealmente ser identificado como mililitros (mL), evitando usar centímetros cúbicos (cc).


<b>Correcto</b>	<b>Incorrecto</b>
Propofol 2% frasco ampolla 100 mL	Propofol; Propofol 2 g; Propofol 2%, Propofol 100 mL



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 11 de 29

- En el caso de las bombas de infusión continua, se podrá indicar la posología por unidad de tiempo (horas o minutos) (ajustado o no al peso) o bien el total del medicamento como número de presentaciones.

Correcto	Incorrecto
Fentanilo 0,5 mg/10 mL sol. iny; 0,5 mg/Kg/h	Fentanilo 10 ampollas, Fentanilo 0,5 mg/Kg/h
Dexmetomidina sol. iny. 200 mcg/2mL; 10 ampollas	Dexmetomidina 10 ampollas

- El cuerpo de la receta podrá ser impreso o manuscrito. En este último caso deberá ser con letra clara y legible.
- Toda receta, independiente de su tipo, deberá estar firmada e identificar el nombre del profesional prescriptor. Esto último podrá ser impreso, con un timbre, o escrito a mano.
- No se aceptan recetas tachadas, enmendadas, con letras diferentes o colores distintos dentro de la misma receta.
- En el caso de utilizar decimales, se deben escribir los cero a la izquierda si se trata de una fracción menor a uno. Por otro lado, no se deben colocar ceros a la derecha.


Correcto	Incorrecto
0,5 mL	½ mL; ,5 mL; 0,50 mL



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 12 de 29

- Si es posible, evitar el uso de decimales se recomienda priorizar esta posibilidad.

Recomendado	No recomendado
500 mg	0,5 g

- No se aceptarán indicaciones o cambios de indicaciones de manera verbal que no estén respaldados en una receta salvo situaciones de riesgo vital.

## PROCEDIMIENTO


- Obtener el formulario o formato de prescripción correspondiente al medicamento o programa (Anexo N° 2 al N° 11). En caso de utilizar receta electrónica, acceder a la sección de prescripción disponible en la ficha clínica digital del paciente.
- Registrar, de forma impresa o manuscrita, el nombre completo del paciente (dos apellidos) y su número de RUT. En las recetas electrónicas, esta información se incorpora automáticamente.
- Consignar el nombre del principio activo, la dosis de la presentación, la forma farmacéutica y la posología, incluyendo la duración del tratamiento y la vía de administración, conforme a las orientaciones y obligaciones establecidas en el presente documento.
- En el caso de recetas electrónicas, seleccionar el medicamento desde el menú desplegable y completar la totalidad de los campos posológicos exigidos por el sistema.
- Indicar la fecha de emisión de la receta, paso no requerido en el formato electrónico en tanto se registra automáticamente.
- Consignar el nombre, RUT o timbre del profesional en la receta, requisito no exigido en el formato electrónico.
- Incorporar la firma correspondiente, la cual es obligatoria en todo formato físico.
- Registrar la información de la prescripción en la ficha clínica cuando corresponda.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 13 de 29

## CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS


- Para el retiro de medicamentos en la Unidad de Farmacia de un paciente en específico siempre se deberá portar la receta en formato físico, por lo que en el caso electrónico se deben imprimir.
- La definición del uso de receta física o electrónica dependerá del servicio clínico y obedecerá al proceso de migración paulatino hacia el formato electrónico. Por lo pronto el sistema electrónico está implementado en Clínica HUAP, HOSDOM y servicio dental.
- Las recetas tipo contienen el arsenal de medicamentos disponible, por lo que sólo se debe identificar el paciente y completar la posología incluyendo la duración del tratamiento además de fecha e identificación del prescriptor.
- Los formatos de las recetas tipo estarán disponibles en el portal de instrumentos de REDCap, las que serán actualizadas periódicamente en caso de cambios de arsenal.
- El talón de menor tamaño de la receta cheque debe ser completado y adjuntado a la ficha del paciente.
- En el caso de las recetas cheque, podrá prescribirse un solo producto estupefaciente o psicotrópico en la dosis necesaria para un paciente, indicando las cantidades totales en letras y números y su dosis diaria.
- La receta cheque tendrá una validez de 30 días corridos desde su fecha de emisión.
- Dado que las prescripciones corresponden a información contenida en la ficha clínica de cada paciente, la Unidad de Farmacia mantendrá en custodia las recetas físicas recibidas por un plazo máximo de un año.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 14 de 29

## VII. DISTRIBUCIÓN

1. Dirección
2. Subdirección de Gestión Clínica.
3. Subdirección de Gestión del Cuidado.
4. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
5. Unidad de Farmacia.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. **American Society of Health-System Pharmacists.** (2018). *ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. American Journal of Health-System Pharmacy*, 75, 1493–1517.
2. **Ministerio de Salud de Chile.** (2026). *Resolución Exenta N.º 190: Aprueba Norma General Técnica N.º 161 sobre formato de receta cheque de uso interno en establecimientos asistenciales dependientes del Sistema Nacional de los Servicios de Salud, Fuerzas Armadas, Carabineros, Universidades, Hospitales y Clínicas Particulares.* <https://bcn.cl/2gdyj>
3. **Ministerio de Salud de Chile.** (2010). *Guía para las buenas prácticas de prescripción.*
4. **Ministerio de Salud de Chile.** (2025). *Decreto Supremo N.º 466: Reglamento de farmacias, droguerías, almacenes farmacéuticos, botiquines y depósitos autorizados.* <https://bcn.cl/2eqp8>
5. **Ministerio de Salud de Chile.** (2025). *DFL N.º 725: Código Sanitario (Última versión).* <https://bcn.cl/24us4>
6. **National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention.** (s.f.). *Sitio web del NCC MERP.* <https://www.nccmerp.org/>
7. **The Joint Commission.** (2024). *Do Not Use list of abbreviations.* <https://www.jointcommission.org/>
8. **Instituto de Salud Pública de Chile.** (2016). *Norma General Técnica N.º 161: Formato de receta cheque (Decreto Exento N.º 190).*
9. **Instituto de Salud Pública de Chile.** (2020). *Orientaciones para la validación de recetas electrónicas y digitalizadas.*
10. **Ministerio de Salud de Chile.** (2025). *Normas y buenas prácticas: Receta electrónica.*



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 15 de 29

## IX. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO


SÍNTESIS DE MODIFICACIONES			RESPONSABLE MODIFICACION	APROBADO POR DIRECTOR
VERSION	FECHA	CAUSA DE MODIFICACION		
04	01/2019	Actualización	T.M. Karis Fuenzalida Profesional Unidad de calidad y Seguridad del Paciente.  E.U. Ingrid Reyes Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Dr. Pedro Belaunde
05	10/2023	Actualización	Q.F. Cecilia Sanhueza Encargada de calidad Farmacia	Dr. Patricio Barría
06	12/2025	Actualización respecto de los contenidos mínimos de las recetas, formatos y consejos de buenas prácticas de prescripción	QF. Juan Cerda R. Profesional Unidad de Farmacia	Dr. Patricio Barría



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 16 de 29

## X. ANEXOS:

### I. ANEXO N° 1: Medicamentos estupefacientes o psicotrópicos que requieren receta cheque en el HUAP.

Medicamento	Presentación
Buprenorfina (1)	Parche 5 mg
Buprenorfina (1)	Parche 10 mg
Clonazepam	Comprimidos 0.5 mg.
Clonazepam	Comprimidos 2 mg
Diazepam	Comprimidos de 10 mg.
Diazepam	Ampollas de 10 mg.
Fentanilo	Ampollas 0,1 mg
Fentanilo	Ampollas 0,5mg
Fenobarbital	Comprimidos de 100 mg.
Fenobarbital	Ampolla de 200 mg
Ketamina	Frasco ampolla de 500 mg.
Lorazepam	Comprimidos de 2 mg. S.L.
Lorazepam	Ampolla 4 mg
Metadona	Ampollas de 10 mg.
Metilfenidato	Comprimidos 10 mg
Midazolam	Ampollas de 5 mg.
Midazolam	Ampollas de 15 mg.
Midazolam	Ampollas de 50 mg.
Morfina	Ampollas de 10 mg.
Remifentanilo	Frasco ampolla 1 mg.
Tapentadol	Comprimidos 50 mg Liberación rápida
Tapentadol	Comprimidos 50 mg Liberación prolongada.
Tapentadol	Comprimidos 100 mg Liberación prolongada




Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 18 de 29

### ANEXO N° 3: Receta simple

**MINISTERIO DE SALUD**  
**SERVICIO SALUD M. CENTRAL**  
**HOSPITAL DE URGENCIA**  
**ASISTENCIA PÚBLICA**  
**Dr. Alejandro del Río**


NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 Rp.

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre y Firma del Médico





	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 20 de 29

## ANEXO N° 5: Receta medicamentos CAFU



Hospital de Urgencias  
Asistencia Pública

### RECETA STOCK FARMACOLOGICO DE URGENCIA (Usar letra legible)

Servicio de Salud: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Hora : \_\_\_\_\_

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_

Diagnóstico : \_\_\_\_\_

Medicamento solicitado: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Cantidad Solicitada: \_\_\_\_\_

Otros Antecedente importantes: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma  
Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma  
Director Hospital o Jefe Turno

\_\_\_\_\_  
Fecha y Hora recepción  
Farmacia HUAP


\_\_\_\_\_  
Nombre Funcionario de Farmacia  
HUAP que recepciona receta




Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 21 de 29

## ANEXO N° 6: Receta Tipo Nutrición Parenteral Preenadas


	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA DR. ALEJANDRO DEL RIO		Fecha: _____
	<b>RECETA NUTRICIÓN PARENTERAL</b>		
NOMBRE PACIENTE: _____			
RUT PACIENTE: _____		N° FICHA: _____	
SERVICIO: _____		SALA: _____	CAMA: _____
DIAGNÓSTICO: _____			
<b>PRESCRIPCIÓN:</b>			
FORMULACIÓN SOLICITAD		CANTIDAD	
<b>NUTRICION PARENTERAL CENTRAL</b>			
NUTRICIÓN PARENTERAL CENTRAL 1970 ML			
NUTRICIÓN PARENTERAL CENTRAL 1477 ML			
NUTRICIÓN PARENTERAL CENTRAL 986 ML			
<b>NUTRICION PARENTERAL PERIFÉRICA</b>			
NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFERICA 1206 ML			
NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFERICA 1904 ML			
<b>OTROS</b>			
MULTIVITAMINICO INYECTABLE			
OLIGOELEMENTOS			
AMINOACIDOS 10% SOLUCIÓN INYECTABLE			
AMINOACIDOS 15% SOLUCIÓN INYECTABLE			
VELOCIDAD DE INFUSIÓN NUTRICIÓN: _____ ML/HR			
VELOCIDAD DE INFUSIÓN AMINOÁCIDOS: _____ ML/MIN			
DURACION DE TRATAMIENTO: _____ DIA(S)			
NOMBRE MÉDICO: _____			
RUT MÉDICO: _____			
_____ FIRMA MÉDICO			



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 22 de 29

## ANEXO N° 7: Receta tipo IAM/ACV



### RECETA GES IAM/ACV


Nombre del Paciente:		
N° DAU o Ficha:	RUT Paciente:	Fecha:
Diagnóstico:		
<b>MEDICAMENTOS A SOLICITAR</b>		
Ácido acetilsalicílico 100 mg comprimidos		
Prescripción: ____ comprimido(s) cada ____ horas por ____ días		
Clopidogrel 75 mg comprimidos		
Prescripción: ____ comprimido(s) cada ____ horas por ____ días		
Atorvastatina 20 mg comprimidos		
Prescripción: ____ comprimido(s) cada ____ horas por ____ días		
Losartán 50 mg comprimidos		
Prescripción: ____ comprimido(s) cada ____ horas por ____ días		
Enalapril 5 mg comprimidos		Enalapril 10 mg comprimidos
Prescripción: ____ comprimido(s) cada ____ horas por ____ días		
Furosemida 40 mg comprimidos		
Prescripción: ____ comprimido(s) cada ____ horas por ____ días		
Espironolactona 25 mg comprimidos		
Prescripción: ____ comprimido(s) cada ____ horas por ____ días		
Amiodarona 200 mg comprimidos		
Prescripción: ____ comprimido(s) cada ____ horas por ____ días		
Carvedilol 6,25 mg comprimidos		
Prescripción: ____ comprimido(s) cada ____ horas por ____ días		
Bisoprolol 2,5 mg comprimidos		Bisoprolol 5 mg comprimidos
Prescripción: ____ comprimido(s) cada ____ horas por ____ días		
Apixabán 5 mg comprimidos		
Prescripción: ____ comprimido(s) cada ____ horas por ____ días		
Rivaroxabán 15 mg comprimidos		Rivaroxabán 20 mg comprimidos
Prescripción: ____ comprimido(s) cada ____ horas por ____ días		
Nombre del Medico:		
RUT del Medico:	Firma:	



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 23 de 29

## ANEXO N° 8: Receta tipo TBC


RECETA TBC	
Nombre del Paciente:	
N° DAU o Ficha:	RUT Paciente:
Servicio y Cama:	Fecha:
MEDICAMENTOS A SOLICITAR	
	Dosis fija combinada (Rifampicina 150mg, Isoniazida 75mg, Pirazinamida 400 mg, Etambutol 275mg)
Prescripción:	___ comprimido(s) cada ___ horas por ___ días
	Dosis fija fase de continuación (Rifampicina 150mg, Isoniazida 75mg)
Prescripción:	___ comprimido(s) cada ___ horas por ___ días
	Rifampicina 600 mg EV polvo P/ Sol. Iny.
Prescripción:	___ mg cada ___ horas por ___ días
	Isoniazida 300 mg EV polvo P/ Sol. Iny.
Prescripción:	___ mg cada ___ horas por ___ días
	Rifampicina 150 mg cápsulas
Prescripción:	___ cápsula (s) cada ___ horas por ___ días
	Isoniazida 100 mg comprimidos
Prescripción:	___ comprimido(s) cada ___ horas por ___ días
	Pirazinamida 500 mg comprimidos
Prescripción:	___ comprimido(s) cada ___ horas por ___ días
	Etambutol 400 mg comprimido
Prescripción:	___ comprimido(s) cada ___ horas por ___ días
	Pinidoxina 50 mg comprimidos
Prescripción:	___ comprimido (s) cada ___ horas por ___ días
Otro (s)	
Otro (s)	
Nombre del Medico:	
RUT del Medico:	Firma:



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 24 de 29

## ANEXO N° 9 Receta Tipo GES 18

### RECETA GES N°18 VIH/SIDA

Nombre del Paciente:		
N° DAU o Ficha:	RUT Paciente:	Fecha:
<b>MEDICAMENTOS A SOLICITAR</b>		
<small>Indicar tratamiento del paciente</small>		
TLD (Dolutegravir/Lamivudina/Tenofovir disoproxil fumarato 50mg/300mg/300mg).		
Unidades solicitadas:	30 comprimidos	
Triumeq (Dolutegravir/Abacavir/Lamivudina 50mg/600mg/300mg)		
Unidades solicitadas:	30 comprimidos	
Truvada (Emtricitabina/Tenofovir Disoproxil Fumarato 200mg/300mg)		
Unidades solicitadas:	30 comprimidos	
Prezcobix (Darunavir/Cobicistat 800mg/150mg)		
Unidades solicitadas:	30 comprimidos	
Raltegravir (400mg ó 600 mg) ( <b>Indicar dosis</b> )		
Unidades solicitadas:	30 comprimidos	
Genvoya (Cobicistat/Elvitegravir/Emtricitabina/Tenofovir 150mg/150mg/200mg/10mg)		
Unidades solicitadas:	30 comprimidos	
Biktarvy (Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir 50mg/200mg/25mg)		
Unidades solicitadas:	30 comprimidos	
Dolutegravir 50 mg ( <i>Pcte TBC</i> )		
Unidades solicitadas:	30 comprimidos	
Otro:		
Unidades solicitadas:	30 comprimidos	


Nombre del Médico:	
RUT del Médico:	Firma:



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 25 de 29

## ANEXO N° 10 Receta Tipo GES 86

### RECETA PROFILAXIS GES N°86 AGRESIÓN SEXUAL AGUDA

Nombre del Paciente:		
N° DAU o Ficha:	RUT Paciente:	Fecha:
<b>MEDICAMENTOS A SOLICITAR</b>		
Dolutegravir/Lamivudina/Ténofovir disoproxil fumarato 50 mg/300 mg/300 mg. (1 comp. x 30 días)		
Unidades solicitadas:	30 comprimidos	
Levonorgestrel 0,75 mg. (Dosis total 1,5 mg.)		
Unidades solicitadas:	2 comprimidos de 0,75 mg ó 1 comprimido de 1,5 mg.	
Ceftriaxona F.A. 1 g. (Dosis 500 mg)		
Unidades solicitadas:	1 frasco ampolla 1 g.	
Metronidazol comp. 500 mg. (Dosis 2 g vía oral)		
Unidades solicitadas:	4 comprimidos 500 mg	
Azitromicina 500 mg (Dosis 1 g. vía oral)		
Unidades solicitadas:	2 comprimidos de 500 mg.	
Lamivudina 150 mg/Zidovudina 300 mg ( <i>En caso de Clearance de creatinina &lt; 70 ml/min</i> )		
Unidades solicitadas:	1 comprimido por 30 días	


Nombre del Médico:	
RUT del Médico:	Firma:



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 26 de 29

## ANEXO N° 11 Receta de Reposición de medicamentos del stock mínimo de medicamentos.



### RECETA PARA REPOSICIÓN DE STOCK CRÍTICO UPC UCI VALECH


<b>Nombre del Paciente:</b>		
<b>RUT Paciente:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>MEDICAMENTOS A SOLICITAR</b>		
<input type="checkbox"/> Ácido tranexámico 1g/10 mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Albúmina humana 20% 50 mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Amikacina 500 mg/2mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Amiodarona 150 mg/3mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Atracurio 25 mg/2,5mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Atropina 1 mg/1mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Azul metileno 1% 10 mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Bicarbonato de sodio 2/3 M 250 mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Cloruro de calcio 10% 10 mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Cloruro de potasio 10% 10 mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Cloruro de sodio 10% 20 mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Desmopresina 15 mcg/1mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Dexmedetomidina 200 mcg/2mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Dobutamina 250 mg/5mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Epinefrina 1 mg/mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Etomidato 20 mg/10 mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Fosfato monopotásico 15% 10 mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Gluconato de calcio 10% 10 mL sol. iny.	<input type="checkbox"/> Haloperidol 5 mg/1mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Heparina 25.000 UI/5mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Hidrocortisona 100 mg liof. P. sol. iny. <input type="checkbox"/> Isoproterenol 1 mg/5mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Labetalol 100 mg/20mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Levetiracetam 500 mg/5mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Lidocaína 2% 5 mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Manitol 15% 500 mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Meropenem 1 g liof. P. sol. iny. <input type="checkbox"/> Nitroglicerina 50 mg/10mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Norepinefrina 4 mg/4mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg/2mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Propofol 2% 100 mL emol. Iny. <input type="checkbox"/> Rocuronio 50 mg/5mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Suero glucosado 30% 20 mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Sulfato de magnesio 25% 5 mL sol. iny. <input type="checkbox"/> Vancomicina 500 mg polvo. P. sol. iny. <input type="checkbox"/> Vasopresina 20 UI/1mL sol. iny.	
<b>Posología:</b>		<b>Cantidad de ampollas o frascos</b>
<b>Nombre del Medico:</b>		
<b>RUT del Medico:</b>	<b>Firma:</b>	




Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 27 de 29

## ANEXO N° 12: Receta electrónica de Nutrición Parenteral Magistral.



THERAPIA iv PLANTA SANTIAGO FONO: 223684801 - npt@fresenius-kabi.com  
THERAPIA iv PLANTA CONCEPCIÓN FONO: 412179110 - nptccp@fresenius-kabi.com

**INSTITUCIÓN :** HOSPITAL DE URG. ASISTENCIA PUBLICA

**PACIENTE :**

**SERVICIO :**

**UBICACIÓN:**

**EDAD:**

**DIAGNÓSTICO:**

**ID :**

**RUT :**

**SEXO :**

**PESO :**

**TALLA :**

**FÓRMULAS**

Volumen Total NP (mL)	1.010
-----------------------	-------

MACRONUTRIENTES	gr/Kg/día	Aporte en mL
Aminoven adulto 15%	1,3	606,67
Nephroprotect 10% (SIN STOCK)		
Smof Lipid 20%		
Suero glucosado 50%	1,3	182

OTROS	gr/Kg/día	Aporte en mL
Omegaven 10%	0,14	99
Dipeptiven 20%		

ELECTROLITOS	gr/día	Aporte en mL
Sodio Cloruro 10%		
Potasio Cloruro 10%	2	20
Acetato de Sodio 30%	6	20
Calcio gluconato 10%	1	10
Magnesio sulfato 25%	2,5	10
Zinc sulfato 0,88%	0,13	15
Glycophos		0
Bifosfato de potasio 15%		

**APORTES**

APORTE NUTRICIONAL	
Calorías totales (Cal)	784,28
Cal/Kg	11,2
Calorías proteicas (Cal)	364
P (%)	46,41
Calorías CHO (Cal)	309,4
CHO (%)	39,45
Calorías lípidos (Cal)	110,88
Cal no prot/gr N	28,87
Proteínas totales (g)	91
Lípidos totales (g)	9,9
FISH OIL (gr/kg)	0,14
V. infusión lípidos (gr/kg/h)	0,01
Glucosa total (g)	91
V. infusión CHO (mg/Kg/min)	0,9
Ca:P	

APORTES ELECTROLÍTICOS	
Cloruro (mEq)	26,8
Potasio (mEq)	26,8
Sodio (mEq)	44
Sodio (mEq/L)	43,56
Acetato (mEq)	44
Magnesio (mg)	246,6
Zinc (mg)	35


Página 1



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 28 de 29

**Elaborado por:**

1. QF. Juan Cerda R., Profesional Unidad de Farmacia

**Revisado por:**


1. QF. Rodolfo Morales B., Jefe Unidad de Farmacia
2. Dr. Jorge Ibáñez P., Subdirector de Gestión Clínica
3. EU. Tania Salinas G., Subdirectora (s) de Gestión del Cuidado
4. TM. Camila Benítez U., Profesional Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APF 1.5
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 06
	UNIDAD DE FARMACIA	Fecha: 12/2025 Vigencia: 5 años
	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Página 29 de 29



Firmado por:  
Camila Andrea Benitez Ugarte  
Profesional Unidad Calidad y  
Seguridad del Paciente  
Fecha: 29-12-2025 12:19 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Rodolfo Leandro Morales Benavides  
Jefe Unidad de Farmacia  
Fecha: 29-12-2025 12:46 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Jorge Arturo Ibañez Parga  
Subdirector de Gestión Clínica  
Fecha: 29-12-2025 19:33 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Tania Verónica Salinas Gómez  
Subdirectora (s) de Gestión del  
Cuidado  
Fecha: 05-01-2026 12:04 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública Dr. Alejandro del Río



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>

**II. TÉNGASE PRESENTE** la vigencia de este formato a contar de la fecha de la total tramitación de la presente Resolución.

**III. ESTABLÉCESE** que la Sexta Versión del señalado “*Formato de prescripción de medicamentos*”, debe ser el que se tenga en consideración a contar de la fecha de su entrada en vigencia.

**IV. DÉJESE SIN EFECTO** toda normativa interna que diga relación con la materia de este formato.

### **ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE**

Distribución:

1. Dirección.
2. Subdirección de Gestión Clínica.
3. Subdirección de Gestión del Cuidado.
4. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
5. Unidad de Farmacia.
6. Asesoría Jurídica.
7. Oficina de Partes.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/NNYNMW-715>