



**RESOLUCIÓN N° C.D.001**

**EL CONSEJO DIRECTIVO DEL  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

**CONSIDERANDO:**

Que mediante Resolución No. C.I.024, publicada en el Registro Oficial No. 219 de 21 de junio de 1999, la Comisión Interventora expidió el REGLAMENTO PARA LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DEL IESS;

Que en el Art. 9 de dicho Reglamento se dispuso que el formato de RECETA que constaba como ANEXO 1 del mismo, sólo será modificado por resolución del órgano de gobierno del IESS;

Que mediante oficio 4100101-611 de 1 de abril de 2003, la Dirección Nacional Médico Social solicita la modificación del formato de receta para adecuarlo al nuevo Sistema de Información Estadística preparado por la Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones, como requisito indispensable para obtener algunos indicadores de gestión de las Unidades Médicas del IESS; y,

En uso de las atribuciones que le confiere el Art. 27, letra f), de la Ley de Seguridad Social,

**RESUELVE:**

**ART. ÚNICO.-** Apruébase el formato de RECETA adjunto para pacientes ambulatorios de las Unidades Médicas del IESS, en reemplazo del que contaba como ANEXO 1 de la Resolución No. C.I.024.

**DISPOSICIÓN FINAL.-** Esta Resolución entrará en vigencia a partir de la fecha de su aprobación.- Publíquese en el Registro Oficial.

**COMUNÍQUESE.-** Quito, Distrito Metropolitano, a 3 de abril de 2003.

  
Dr. Fausto Solórzano Avilés  
PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO

  
Bruno Frixione Franco  
REPRESENTANTE EMPLEADORES

  
Dr. Ricardo Ramírez Aguirre  
REPRESENTANTE ASEGURADOS

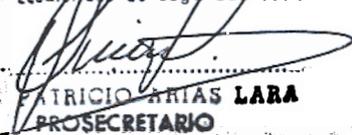
  
Ec. Patricio Llerena Torres  
SECRETARIO CONSEJO DIRECTIVO

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL

LO CERTIFICO:

**3 ABR. 2003**

CONSEJO DIRECTIVO  
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

  
Dr. PATRICIO ARIAS LARA  
PROSECRETARIO

Fecha:	UNIDAD MÉDICA:			N° 000000
Año Mes Día	SERVICIO:			
	Rp.			<b>TIPO TRATAMIENTO</b> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> Dias de Tratamiento
N° Cédula Identidad	Fecha:	Año	Mes	Día
				Firma, Código Profesional y Sello
Cód. Profesional	<b>Tipo de Beneficiario</b> S.Salud S.Riesg. Voluntario Cónyuge Hijos<6 a. Jubilado SSC Viud. M. H. NO Afiliado			
	Apellidos:	Nombres		Edad
				N° Cédula Ident.
	Dispensación: Código			Fecha:

Medicamento: \_\_\_\_\_  
 Presentación: \_\_\_\_\_  
 Via: \_\_\_\_\_  
 Frecuencia: \_\_\_\_\_  
 Inicio: \_\_\_\_\_

*[Handwritten marks]*

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL

LO CERTIFICO:

**CONSEJO DIRECTIVO**

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Dr. PATRICIO ARIAS LARA  
 PROSECRETARIO

3 ABR. 2003