|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gerencia** |  | **Fecha** | Haga clic aquí |

**Datos del MÉDICO RESIDENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos** |  | | | **DNI** |  | |
| **Número de colegiado nacional NN12345X** (últimos 7 dígitos que constan en el certificado HH PP NN 12345 + dígito control) | | Haga clic aquí | | | | |
| **Especialidad médica** | Haga clic | | **Tfno. Contacto** | | | Haga clic |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Complejo Asistencial** | | **Hospital** | | | **Localidad** |
| Escriba aquí | | Escriba aquí | | | Escriba aquí |
| **Servicio** | Escriba aquí | | **Fecha inicio residencia** | Haga clic aquí | |
| **Año MIR** | Elija un elemento. | | **Observaciones** | Escriba aquí | |

**Identificación de plaza tutor**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código Pérsigo o  Ap. Gestión Personal** | **Nombre tutor** | **DNI** | **CPF (11 dígitos) sello tutor** |
|  | **Escriba aquí** | **Escriba aquí** |  |

□ Solicito autorización para la prescripción de recetas oficiales del SACYL con los datos anteriormente reseñados

□ Confirmo que he realizado los cursos de formación on-line requeridos.

□ Me responsabilizo de la conservación, custodia y utilización de las recetas que me sean entregadas, desde el momento mismo de la recepción. En caso de pérdida o sustracción, comunicaré inmediatamente dicha circunstancia a Dirección Médica tras presentar denuncia ante la Comisaria de Policía o dependencias de la Guardia Civil correspondiente.

□ Me comprometo a:

* Cumplir la normativa sobre prestación farmacéutica y receta médica.
* Prescripción racional, teniendo como referencia las estrategias de calidad, seguridad y eficiencia de la prescripción en receta en Sacyl.
* Utilizar el módulo de prescripción informatizada de recetas (PRES) y/o receta electrónica (Recyl)
* Devolver las recetas entregadas a mi nombre y no utilizadas cuando finalice mi periodo de formación como residente, incluso si paso a ocupar una plaza diferente en cualquier centro dependiente de Sacyl.

□ Tengo conocimiento de que el número de colegiado es personal y para su utilización en prescripciones efectuadas en cualquier plaza asistencial, pero que el CPF es diferente en función de la plaza de contrato por lo que no puede utilizarse si la plaza vinculada cambia.

□ Me obligo a no compartir la contraseña de acceso al módulo de prescripción y a no guardar la misma en ningún navegador o localización visible.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autorización del tutor**  (nombre, fecha y firma completa) | **Médico Residente**  (nombre, fecha y firma completa) | Firma abreviada receta |
| **Autorización entrega de talonarios por la Dirección Médica** (nombre, fecha y firma completa) | | |

(Emitir dos ejemplares: uno para el médico residente y otro para la unidad responsable de la entrega de talonarios)