

2024

Lista de medicamentos preferidos

Humana Healthy
Horizons® in Florida
Todas las regiones

POR FAVOR LEA: ESTE
DOCUMENTO CONTIENE
INFORMACIÓN ACERCA DE
LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS
POR ESTE PLAN. ESTE
FORMULARIO FUE ACTUALIZADO
EL
09/30/2024.

Humana
Healthy Horizons®
in Florida

Listas de medicamentos preferidos

¿Qué es la Lista de medicamentos preferidos?

Esta es una lista de medicamentos que cubre su plan. El medicamento debe ser surtido en una farmacia de la red y a usted no se le pedirá que pague un copago siempre y cuando su medicamento esté cubierto.

¿La Lista de medicamentos preferidos puede cambiar?

Sí. Medicamentos nuevos son agregados o eliminados según sea necesario. Se le notificará con una carta si un medicamento que usted toma es eliminado de la lista.

Para obtener información sobre sus medicamentos:

Puede visitar espanol.humana.com e iniciar sesión en MyHumana.

- Utilice "Drug Pricing Tool" (Herramienta de precios de medicamentos) debajo de "Tools & Resources" (Herramientas y recursos) al final de la página.
- Busque el medicamento por nombre o por la afección.

Tenga en cuenta: MyHumana solo muestra los beneficios a la fecha de inicio de sesión.

¿Existen límites en mis medicamentos?

Algunos medicamentos pueden tener límites o no son preferidos.

Estos límites pueden incluir:

- **Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés):** Algunos medicamentos tienen que ser aprobados por su plan para ser cubiertos.
- **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Usted puede tener un límite en la cantidad de medicamentos que puede obtener de una sola vez.
- **Terapia por fases (ST, por sus siglas en inglés):** Antes de surtir un medicamento que cuesta más, se le puede pedir que pruebe al menos otro medicamento primero.

Si su médico piensa que no hay otra opción con cobertura, él o ella puede llamar a Revisión de farmacia clínica de Humana al **1-800-555-2546** para pedir una excepción. Responderemos dentro de 24 horas después de recibir la solicitud de su médico.

Cómo leer la Lista de medicamentos recetados

La primera columna de la lista tiene los nombres de los medicamentos. Los medicamentos de marca se indican con MAYÚSCULAS y los medicamentos genéricos se indican con letra minúscula. Los medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) están disponibles sin costo con una receta válida. Estos se muestran en la lista con "OTC" al lado del nombre del medicamento.

EDS – Supido extendido de días – Este medicamento podría ser disponible en un suplido de hasta 100 días. La accesibilidad de farmacias y el máximo de días de suplido pueden variar según el medicamento.

La segunda columna muestra si hay límites para el medicamento.

La tercera columna muestra los requisitos de edad que debe cumplir para la cobertura.

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
piroxicam 20 mg capsule			
ibuprofen 800 mg tablet			
naproxen sodium 275 mg tablet			
celecoxib 400 mg capsule	QL(30 cada 30 días)		
NAPROSYN 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION		11	
ibu 600 mg tablet			
meloxicam 15 mg tablet			
ibu 800 mg tablet			
indomethacin 25 mg capsule			
ibuprofen 400 mg tablet			
naproxen 375 mg tablet			
naproxen 125 mg/5 ml oral suspension		11	
nabumetone 500 mg tablet			
indomethacin 50 mg capsule			
naproxen 500 mg tablet			
diclofenac sodium 25 mg tablet,delayed release			
CALDOLOR 800 MG/200 ML (4 MG/ML) INTRAVENOUS			
PIGGYBACK			
celecoxib 100 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
meloxicam 7.5 mg tablet			
naproxen 250 mg tablet			
diclofenac sodium 75 mg tablet,delayed release			
celecoxib 200 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
ketorolac 15 mg/ml injection solution	QL(120 cada 180 días)	17	
piroxicam 10 mg capsule			
naproxen sodium 550 mg tablet			
diclofenac sodium 50 mg tablet,delayed release			
ibu 400 mg tablet			
ibuprofen 600 mg tablet			
ketorolac 10 mg tablet	QL(120 cada 180 días)	17	
indomethacin 50 mg rectal suppository			
sulindac 150 mg tablet			
CALDOLOR 800 MG/8 ML (100 MG/ML) INTRAVENOUS			
SOLUTION			
ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension ^{OTC}			
ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension			
ketorolac 30 mg/ml (1 ml) injection solution	QL(120 cada 180 días)	17	
ketorolac 60 mg/2 ml intramuscular solution	QL(120 cada 180 días)	17	
indomethacin er 75 mg capsule,extended release			
nabumetone 750 mg tablet			
ketorolac 15 mg/ml injection syringe	QL(120 cada 180 días)	17	
ketorolac 60 mg/2 ml intramuscular syringe	QL(120 cada 180 días)	17	
diclofenac 1 % topical gel			
ketorolac 30 mg/ml injection syringe	QL(120 cada 180 días)	17	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
sulindac 200 mg tablet			
celecoxib 50 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
morphine er 30 mg tablet,extended release	QL(90 cada 30 días)	18	
fentanyl 100 mcg/hr transdermal patch	QL(10 cada 30 días)	18	
fentanyl 50 mcg/hr transdermal patch	QL(10 cada 30 días)	18	
fentanyl 25 mcg/hr transdermal patch	QL(10 cada 30 días)	18	
BUTRANS 7.5 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)	18	
XTAMPZA ER 36 MG CAPSULE SPRINKLE	PA	18	
XTAMPZA ER 27 MG CAPSULE SPRINKLE	PA	18	
XTAMPZA ER 18 MG CAPSULE SPRINKLE	PA	18	
morphine er 15 mg tablet,extended release	QL(90 cada 30 días)	18	
morphine er 60 mg tablet,extended release	QL(90 cada 30 días)	18	
morphine er 200 mg tablet,extended release	QL(90 cada 30 días)	18	
fentanyl 12 mcg/hr transdermal patch	QL(10 cada 30 días)	18	
XTAMPZA ER 13.5 MG CAPSULE SPRINKLE	PA	18	
BUTRANS 15 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)	18	
morphine er 100 mg tablet,extended release	QL(90 cada 30 días)	18	
fentanyl 75 mcg/hr transdermal patch	QL(10 cada 30 días)	18	
BUTRANS 20 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)	18	
BUTRANS 10 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)	18	
XTAMPZA ER 9 MG CAPSULE SPRINKLE	PA	18	
BUTRANS 5 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)	18	
acetaminophen 120 mg-codeine 12 mg/5 ml oral solution		12	
acetaminophen 300 mg-codeine 60 mg tablet	QL(360 cada 30 días)	12	
morphine 30 mg immediate release tablet			
codeine sulfate 30 mg tablet		12	
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 325 mg tablet			
oxycodone-acetaminophen 2.5 mg-325 mg tablet	QL(360 cada 30 días)		
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 325 mg/15 ml oral solution			
oxycodone-acetaminophen 10 mg-325 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
oxycodone 30 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 325 mg tablet			
oxycodone 20 mg tablet	QL(270 cada 30 días)		
morphine 15 mg immediate release tablet			
hydromorphone 2 mg tablet			
hydromorphone 8 mg tablet			
oxycodone 15 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
morphine 10 mg/5 ml oral solution			
codeine sulfate 60 mg tablet		12	
acetaminophen 120 mg-codeine 12 mg/5 ml (5 ml) oral solution		12	
oxycodone 5 mg/5 ml oral solution	QL(1800 cada 30 días)		
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution			
oxycodone-acetaminophen 5 mg-325 mg tablet	QL(360 cada 30 días)		
acetaminophen 300 mg-codeine 30 mg/12.5 ml (12.5 ml) oral solution		12	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
oxycodone-acetaminophen 7.5 mg-325 mg tablet	QL(240 cada 30 días)		
oxycodone 5 mg tablet	QL(360 cada 30 días)		
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 300 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 300 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
acetaminophen 300 mg-codeine 30 mg tablet	QL(360 cada 30 días)	12	
hydromorphone 4 mg tablet			
hydrocodone 5 mg-acetaminophen 300 mg tablet	QL(240 cada 30 días)		
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 325 mg/15 ml oral solution			
tramadol 50 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	12	
hydrocodone 5 mg-acetaminophen 325 mg tablet			
codeine sulfate 15 mg tablet		12	
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) oral solution			
acetaminophen 300 mg-codeine 15 mg tablet	QL(360 cada 30 días)	12	
oxycodone 10 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
lidocaine hcl 5 mg/ml (0.5 %) injection solution			
lidocaine hcl 20 mg/ml (2 %) injection solution			
lidocaine-epinephrine (pf) 1.5 %-1:200,000 injection solution			
lidocaine 2 %-epinephrine bitartrate 1:100,000 injection cartridge			
lidocaine 5 % topical ointment	QL(60 cada 30 días)		
tetracaine hcl (pf) 1 % (10 mg/ml) injection solution			
lidocaine (pf) 5 mg/ml (0.5 %) injection solution			
lidocaine (pf) 20 mg/ml (2 %) injection solution			
lidocaine hcl 10 mg/ml (1 %) injection solution			
ZTLIDO 1.8 % TOPICAL PATCH	PA,QL(90 cada 30 días)		
bupivacaine-epinephrine (pf) 0.25 %-1:200,000 injection solution			
lidocaine 2 % mucosal jelly in applicator			
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml) injection solution			
bupivacaine (pf) 0.75 % (7.5 mg/ml) injection solution			
lidocaine (pf) 10 mg/ml (1 %) injection solution			
bupivacaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000 injection solution			
lidocaine 1 %-epinephrine 1:100,000 injection solution			
lidocaine hcl 2 % mucosal solution			
bupivacaine (pf) 0.5 % (5 mg/ml) injection solution			
lidocaine (pf) 15 mg/ml (1.5 %) injection solution			
lidocaine-prilocaine 2.5 %-2.5 % topical cream	QL(30 cada 30 días)		
lidocaine (pf) 40 mg/ml (4 %) injection solution			
lidocaine hcl 2 % mucosal jelly			
bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml) injection solution			
lidocaine 5 % topical patch	PA,QL(90 cada 30 días)		
lidocaine viscous 2 % mucosal solution			
bupivacaine hcl 0.5 % (5 mg/ml) injection solution			
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000 injection solution			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
lidocaine hcl 3 % topical cream	QL(85 cada 30 días)		
lidocaine 2 %-epinephrine bitartrate 1:50,000 injection cartridge			
lidocaine hcl 4 % (40 mg/ml) mucosal solution			
bupivacaine-epinephrine 0.25 %-1:200,000 injection solution			
lidocaine-epinephrine (pf) 2 %-1:200,000 injection solution			
bupivacaine-epinephrine (pf) 0.5 %-1:200,000 injection solution			
lidocaine 20 mg/ml (2 %)-epinephrine 1:100,000 injection solution			
naltrexone 50 mg tablet			
disulfiram 500 mg tablet			
acamprosate 333 mg tablet,delayed release			
disulfiram 250 mg tablet			
VIVITROL 380 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	QL(1 cada 28 días)	18	
BRIXADI WEEKLY 32 MG/0.64 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	QL(2.56 cada 28 días)	18	
SUBOXONE 4 MG-1 MG SUBLINGUAL FILM	QL(90 cada 30 días)	16	
buprenorphine 2 mg-naloxone 0.5 mg sublingual tablet	QL(90 cada 30 días)	16	
buprenorphine 8 mg-naloxone 2 mg sublingual tablet	QL(90 cada 30 días)	16	
SUBOXONE 12 MG-3 MG SUBLINGUAL FILM	QL(90 cada 30 días)	16	
BRIXADI MONTHLY 96 MG/0.27 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	QL(0.27 cada 28 días)	18	
SUBLOCADE 300 MG/1.5 ML SOLUTION,EXTENDED RELEASE SUBCUTANEOUS SYRINGE	QL(1.5 cada 30 días)	18	
buprenorphine hcl 2 mg sublingual tablet	QL(90 cada 30 días)	16	
BRIXADI WEEKLY 24 MG/0.48 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	QL(1.92 cada 28 días)	18	
ZUBSOLV 8.6 MG-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET	QL(90 cada 30 días)	16	
BRIXADI WEEKLY 16 MG/0.32 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	QL(1.28 cada 28 días)	18	
BRIXADI WEEKLY 8 MG/0.16 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	QL(0.64 cada 28 días)	18	
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SUBLINGUAL FILM	QL(90 cada 30 días)	16	
SUBLOCADE 100 MG/0.5 ML SOLUTION,EXTENDED RELEASE SUBCUTANEOUS SYRINGE	QL(1.5 cada 30 días)	18	
BRIXADI MONTHLY 64 MG/0.18 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	QL(0.18 cada 28 días)	18	
SUBOXONE 8 MG-2 MG SUBLINGUAL FILM	QL(90 cada 30 días)	16	
ZUBSOLV 0.7 MG-0.18 MG SUBLINGUAL TABLET	QL(90 cada 30 días)	16	
ZUBSOLV 2.9 MG-0.71 MG SUBLINGUAL TABLET	QL(90 cada 30 días)	16	
BRIXADI MONTHLY 128 MG/0.36 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	QL(0.36 cada 28 días)	18	
ZUBSOLV 11.4 MG-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET	QL(90 cada 30 días)	16	
ZUBSOLV 1.4 MG-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET	QL(90 cada 30 días)	16	
buprenorphine hcl 8 mg sublingual tablet	QL(90 cada 30 días)	16	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
ZUBSOLV 5.7 MG-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET	QL(90 cada 30 días)	16	
naloxone 0.4 mg/ml injection syringe			
naloxone 1 mg/ml injection syringe			
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	QL(4 cada 365 días)		
naloxone 4 mg/actuation nasal spray ^{OTC}	QL(4 cada 365 días)		
naloxone 4 mg/actuation nasal spray	QL(4 cada 365 días)		
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY ^{OTC}	QL(4 cada 365 días)		
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	QL(4 cada 365 días)		
naloxone 0.4 mg/ml injection solution			
ZIMHI 5 MG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	QL(2 cada 365 días)		
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET	QL(56 cada 28 días)	17	
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42)	QL(53 cada 28 días)	17	
TABLETS IN DOSE PACK			
nicotine 7 mg/24 hr daily transdermal patch ^{OTC}		18	
varenicline 1 mg tablet	QL(56 cada 28 días)	17	
nicotine 14 mg/24 hr daily transdermal patch ^{OTC}		18	
varenicline 0.5 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	17	
nicotine 21 mg/24 hr daily transdermal patch ^{OTC}		18	
varenicline 0.5 mg (11)-1 mg (42) tablets in a dose pack	QL(53 cada 28 días)	17	
CHANTIX 1 MG TABLET	QL(56 cada 28 días)	17	
nicotine 21mg/24hr-14mg/24hr-7mg/24hr daily transderm patches, sequentl ^{OTC}		18	
bupropion hcl 150 mg tablet, 12 hr sustained-release(smoking deterrent)	QL(60 cada 30 días)	18	
gentamicin 80 mg/100 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback			
gentamicin 100 mg/50 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback			
gentamicin 0.1 % topical cream	QL(60 cada 30 días)		
tobramycin 40 mg/ml injection solution			
tobramycin 10 mg/ml injection solution			
tobramycin 300 mg/5 ml in 0.225 % sodium chloride for nebulization	PA,QL(280 cada 56 días)		
gentamicin 80 mg/50 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback			
gentamicin 100 mg/100 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback			
gentamicin 60 mg/50 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback			
gentamicin 70 mg/50 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback			
BETHKIS 300 MG/4 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	PA,QL(224 cada 56 días)		
KITABIS PAK 300 MG/5 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	PA,QL(280 cada 56 días)		
tobramycin with nebulizer 300 mg/5 ml solution for nebulization	QL(280 cada 56 días)		

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
gentamicin 120 mg/100 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback			
gentamicin 40 mg/ml injection solution			
gentamicin 20 mg/2 ml injection solution			
neomycin 500 mg tablet			
paromomycin 250 mg capsule			
metronidazole 0.75 % topical gel	QL(90 cada 30 días)		
vancomycin 250 mg capsule			
metronidazole 0.75 % topical cream	QL(90 cada 30 días)		
trimethoprim 100 mg tablet			
methenamine mandelate 1 gram tablet			
metronidazole 500 mg tablet			
AZACTAM 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION			
vancomycin 500 mg/100 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback			
vancomycin 750 mg/150 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback			
vancomycin 1 gram/200 ml in 0.9 % sod. chloride intravenous piggyback			
nitrofurantoin 25 mg/5 ml oral suspension			
methenamine hippurate 1 gram tablet			
clindamycin 75 mg/5 ml oral solution		11	
nitrofurantoin 50 mg/5 ml oral suspension			
methenamine mandelate 0.5 gram tablet			
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg capsule			
NUVESSA 1.3 % (65 MG/5 GRAM) VAGINAL GEL			
LINCOCIN 300 MG/ML INJECTION SOLUTION			
vancomycin 125 mg capsule			
AZACTAM 2 GRAM SOLUTION FOR INJECTION			
vancomycin 750 mg intravenous solution			
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml oral solution		11	
vancomycin 1.25 gram intravenous solution			
vancomycin 1.5 gram intravenous solution			
nitrofurantoin macrocrystal 50 mg capsule			
vancomycin 1,000 mg intravenous injection			
SOLOSEC 2 GRAM ORAL DR GRANULES IN PACKET		12	
metronidazole 1 % topical gel			
VANCOMYCIN 1.25 GRAM/250 ML IN DEXTROSE 5 % INTRAVENOUS PIGGYBACK			
colistin (colistimethate sodium) 150 mg solution for injection			
hydrocortisone 1 %-iodoquinol 1 % topical cream			
vancomycin 1.75 gram intravenous solution			
vancomycin 2 gram intravenous solution			
metronidazole 1 % topical gel with pump			
polymyxin b sulfate 500,000 unit solution for injection			
lincomycin 300 mg/ml injection solution			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
metronidazole 500 mg/100 ml in sodium chlor(iso) intravenous piggyback			
silver nitrate 0.5 % topical solution			
vancomycin 500 mg intravenous solution			
acetic acid 2 % ear solution			
clindamycin hcl 150 mg capsule			
VANCOMYCIN 1.5 GRAM/300 ML IN DEXTROSE 5 % INTRAVENOUS PIGGYBACK			
clindamycin hcl 300 mg capsule			
nitrofurantoin macrocrystal 25 mg capsule			
CLEOCIN 100 MG VAGINAL SUPPOSITORY			
clindamycin 150 mg/ml injection solution			
CLEOCIN 150 MG/ML INJECTION SOLUTION			
CLEOCIN 2 % VAGINAL CREAM			
metronidazole 0.75 % (37.5 mg/5 gram) vaginal gel			
clindamycin hcl 75 mg capsule			
vancomycin 500 mg/100 ml in dextrose 5 % intravenous piggyback			
tinidazole 250 mg tablet			
tinidazole 500 mg tablet			
metronidazole 250 mg tablet			
nitrofurantoin monohydrate/macrocrys 100 mg capsule		12	
linezolid 600 mg tablet			
cefotetan 2 gram solution for injection			
cephalexin 250 mg capsule			
cefdinir 300 mg capsule			
cefuroxime axetil 250 mg tablet			
ceftriaxone 1 gram intravenous solution	QL(60 cada 30 días)		
cefazolin 1 gram intravenous solution			
cefazolin 10 gram solution for injection			
ceftriaxone 2 gram intravenous solution	QL(60 cada 30 días)		
ceftriaxone 1 gram/50 ml in dextrose (iso-osmotic) intravenous piggyback			
ceftriaxone 2 gram/50 ml in dextrose (iso-osmotic) intravenous piggyback			
ceftriaxone 250 mg solution for injection	QL(60 cada 30 días)		
cefoxitin 1 gram intravenous solution			
cefuroxime axetil 500 mg tablet			
cefprozil 250 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
cefprozil 500 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
cephalexin 750 mg capsule			
cefoxitin 1 gram/50 ml in dextrose, iso-osmotic intravenous piggyback			
cefepime 1 gram solution for injection	QL(180 cada 30 días)		
cefepime 2 gram solution for injection	QL(90 cada 30 días)		
cefazolin 2 gram solution for injection			
cefadroxil 500 mg capsule			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
cefazolin 500 mg solution for injection			
cefoxitin 10 gram intravenous solution			
cefotaxime 1 gram solution for injection			
cefoxitin 2 gram/50 ml in dextrose(iso-osmotic) intravenous piggyback			
cefotetan 10 gram intravenous solution			
cefazolin 3 gram solution for injection			
cefuroxime sodium 750 mg solution for injection			
ceftriaxone 1 gram solution for injection	QL(60 cada 30 días)		
cefuroxime sodium 1.5 gram intravenous solution			
cefazolin 1 gram solution for injection			
cefotetan 1 gram solution for injection			
cefaclor 250 mg capsule			
cefprozil 250 mg/5 ml oral suspension	QL(600 cada 30 días)		
cefazolin 2 gram intravenous solution			
cefazolin 3 gram intravenous solution			
ceftriaxone 500 mg solution for injection	QL(60 cada 30 días)		
cefaclor 500 mg capsule			
cefuroxime sodium 7.5 gram intravenous solution			
cephalexin 125 mg/5 ml oral suspension			
cefdinir 125 mg/5 ml oral suspension			
cephalexin 250 mg/5 ml oral suspension	QL(2400 cada 30 días)		
cefprozil 125 mg/5 ml oral suspension			
ceftriaxone 10 gram solution for injection	QL(60 cada 30 días)		
cefazolin 20 gram solution for injection			
cefdinir 250 mg/5 ml oral suspension			
cefoxitin 2 gram intravenous solution			
ceftriaxone 2 gram solution for injection	QL(60 cada 30 días)		
cephalexin 500 mg capsule			
amoxicillin 125 mg chewable tablet			
amoxicillin 200 mg/5 ml oral suspension			
amoxicillin 500 mg tablet			
amoxicillin 200 mg-potassium clavulanate 28.5 mg/5 ml oral suspension			
piperacillin-tazobactam 40.5 gram intravenous solution			
ampicillin-sulbactam 1.5 gram solution for injection			
BICILLIN L-A 2,400,000 UNIT/4 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
amoxicillin 250 mg-potassium clavulanate 125 mg tablet			
penicillin v potassium 125 mg/5 ml oral solution			
ampicillin-sulbactam 3 gram intravenous solution			
ampicillin 500 mg solution for injection			
ampicillin 500 mg capsule			
amoxicillin 250 mg-potassium clavulanate 62.5 mg/5 ml oral suspension			
amoxicillin 875 mg-potassium clavulanate 125 mg tablet			
amoxicillin 600 mg-potassium clavulanate 42.9 mg/5 ml oral suspension			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
penicillin v potassium 500 mg tablet			
ampicillin 1 gram intravenous solution			
ampicillin-sulbactam 1.5 gram intravenous solution			
ampicillin-sulbactam 15 gram solution for injection			
piperacillin-tazobactam 4.5 gram intravenous solution			
BICILLIN L-A 600,000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
BICILLIN C-R 900,000 UNIT-300K UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
dicloxacillin 500 mg capsule			
amoxicillin 125 mg/5 ml oral suspension			
ampicillin 10 gram solution for injection			
dicloxacillin 250 mg capsule			
amoxicillin 500 mg-potassium clavulanate 125 mg tablet			
penicillin g procaine 1.2 million unit/2 ml intramuscular syringe			
amoxicillin 250 mg chewable tablet			
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
amoxicillin 400 mg-potassium clavulanate 57 mg/5 ml oral suspension			
piperacillin-tazobactam 13.5 gram intravenous solution			
penicillin g procaine 600,000 unit/ml intramuscular syringe			
piperacillin-tazobactam 2.25 gram intravenous solution			
ampicillin 2 gram solution for injection			
penicillin v potassium 250 mg/5 ml oral solution			
ampicillin 2 gram intravenous solution			
ampicillin 250 mg solution for injection			
amoxicillin 250 mg capsule			
penicillin v potassium 250 mg tablet			
ampicillin 1 gram solution for injection			
amoxicillin 875 mg tablet			
ampicillin-sulbactam 3 gram solution for injection			
amoxicillin 500 mg capsule			
amoxicillin 250 mg/5 ml oral suspension			
ampicillin 125 mg solution for injection			
piperacillin-tazobactam 3.375 gram intravenous solution			
penicillin g sodium 5 million unit solution for injection			
amoxicillin 400 mg/5 ml oral suspension			
meropenem 500 mg intravenous solution			
MEROPENEM 2 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION			
meropenem 1 gram intravenous solution			
ertapenem 1 gram solution for injection			
PRIMAXIN 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION	QL(240 cada 30 días)		
meropenem 1 gram/50 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback			
meropenem 500 mg/50 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
clarithromycin 250 mg/5 ml oral suspension			11
azithromycin 1 gram oral packet			
azithromycin 600 mg tablet			
azithromycin 100 mg/5 ml oral suspension			
azithromycin 200 mg/5 ml oral suspension			
azithromycin 500 mg tablet			
clarithromycin er 500 mg tablet,extended release 24 hr			
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5 ml oral powder for suspension			
clarithromycin 250 mg tablet			
clarithromycin 125 mg/5 ml oral suspension		11	
clarithromycin 500 mg tablet			
azithromycin 500 mg intravenous solution			
azithromycin 250 mg tablet			
CIPRO 500 MG/5 ML ORAL SUSPENSION		11	
ciprofloxacin 750 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	12	
levofloxacin 500 mg tablet		12	
ciprofloxacin 400 mg/200 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback			
levofloxacin 750 mg tablet		12	
ciprofloxacin 500 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	12	
levofloxacin 500 mg/100 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback			
levofloxacin 250 mg tablet		12	
ciprofloxacin 250 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	12	
levofloxacin 750 mg/150 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback			
ciprofloxacin 100 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	12	
CIPRO 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION		11	
ciprofloxacin 200 mg/100 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback			
levofloxacin 250 mg/50 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback			
sulfamethoxazole 200 mg-trimethoprim 40 mg/5 ml oral suspension			
sulfamethoxazole 800 mg-trimethoprim 160 mg tablet			
sulfamethoxazole 400 mg-trimethoprim 80 mg tablet			
minocycline 100 mg capsule			
minocycline 75 mg capsule			
doxycycline hyclate 100 mg tablet			
doxycycline monohydrate 50 mg tablet			
doxycycline hyclate 50 mg capsule			
doxycycline hyclate 20 mg tablet			
doxycycline monohydrate 75 mg tablet			
doxycycline monohydrate 150 mg tablet			
doxycycline hyclate 100 mg capsule			
doxycycline monohydrate 100 mg tablet			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
minocycline 50 mg capsule			
doxycycline hyclate 150 mg tablet			
doxycycline hyclate 50 mg tablet			
doxycycline monohydrate 100 mg capsule			
doxycycline monohydrate 50 mg capsule			
doxycycline hyclate 75 mg tablet			
KEPPRA 250 MG TABLET	PA		
FYCOMPA 12 MG TABLET	PA	4	
lamotrigine 25 mg(14)-50 mg(14)-100 mg(7) tablet,disintegrating, pack	QL(35 cada 30 días)	2	
lamotrigine 50 mg disintegrating tablet	PA	2	
lamotrigine 25 mg disintegrating tablet	PA	2	
lamotrigine 100 mg disintegrating tablet	PA	2	
lamotrigine 200 mg disintegrating tablet	PA	2	
KEPPRA XR 750 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA		
levetiracetam er 750 mg tablet,extended release 24 hr			
levetiracetam 100 mg/ml oral solution			
KEPPRA 100 MG/ML ORAL SOLUTION	PA		
KEPPRA 500 MG TABLET	PA		
LAMICTAL 100 MG TABLET	PA	2	
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) oral solution			
divalproex 125 mg tablet,delayed release			
KEPPRA XR 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA		
FYCOMPA 10 MG TABLET	PA	4	
levetiracetam er 500 mg tablet,extended release 24 hr			
DEPAKOTE 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE	PA		
lamotrigine 5 mg chewable dispersible tablet		2	
DEPAKOTE ER 250 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA		
lamotrigine 150 mg tablet		2	
FYCOMPA 2 MG TABLET	PA	4	
FYCOMPA 4 MG TABLET	PA	4	
levetiracetam 500 mg tablet			
divalproex 250 mg tablet,delayed release			
divalproex 125 mg capsule,delayed release sprinkle			
DEPAKOTE 250 MG TABLET,DELAYED RELEASE	PA		
felbamate 400 mg tablet			
lamotrigine 25 mg (42)-100 mg (7) tablets in a dose pack	PA,QL(49 cada 30 días)	2	
lamotrigine 25 mg (84)-100 mg (14) tablets in a dose pack	PA,QL(98 cada 30 días)	2	
divalproex er 250 mg tablet,extended release 24 hr			
FYCOMPA 6 MG TABLET	PA	4	
lamotrigine 100 mg tablet		2	
FYCOMPA 8 MG TABLET	PA	4	
FELBATOL 600 MG TABLET	PA		
FELBATOL 400 MG TABLET	PA		
LAMICTAL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	13	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
lamotrigine 25 mg (35) tablets in a dose pack	PA,QL(35 cada 30 días)	2	
KEPPRA 750 MG TABLET	PA		
LAMICTAL 150 MG TABLET	PA	2	
LAMICTAL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	13	
LAMICTAL XR 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	13	
LAMICTAL XR 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	13	
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) 25 MG (21)-50 MG (7) TABLET,EXTEND RELEASE	PA,QL(28 cada 30 días)	13	
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) 50 MG(14)-100 MG(14)-200 MG(7) TAB,EXT.REL	PA,QL(35 cada 30 días)	13	
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) 25 MG(14)-50 MG(14)-100 MG(7) TAB,EXT.REL	PA,QL(35 cada 30 días)	13	
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSPENSION	PA	4	
levetiracetam 1,000 mg tablet			
KEPPRA 1,000 MG TABLET	PA		
roweepra 500 mg tablet	PA		
divalproex er 500 mg tablet,extended release 24 hr			
BRIVIACT 100 MG TABLET	PA		
BRIVIACT 75 MG TABLET	PA		
BRIVIACT 50 MG TABLET	PA		
BRIVIACT 25 MG TABLET	PA		
DEPAKOTE SPRINKLES 125 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
DEPAKOTE 125 MG TABLET,DELAYED RELEASE	PA		
FELBATOL 600 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	PA		
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	PA		
LAMICTAL 25 MG TABLET	PA	2	
DEPAKOTE ER 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA		
BRIVIACT 10 MG TABLET	PA		
BRIVIACT 50 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
levetiracetam 750 mg tablet			
levetiracetam 500 mg/5 ml intravenous solution			
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml oral solution			
XCOPRI 25 MG TABLET	PA		
LAMICTAL XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	13	
LAMICTAL 5 MG CHEWABLE DISPERSIBLE TABLET	PA	2	
XCOPRI 150 MG TABLET	PA		
roweepra 750 mg tablet	PA		
XCOPRI 100 MG TABLET	PA		
lamotrigine er 300 mg tablet,extended release 24 hr		13	
LAMICTAL 25 MG CHEWABLE DISPERSIBLE TABLET	PA	2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	PA	1	
levetiracetam 250 mg tablet			
roweepra 1,000 mg tablet	PA		
XCOPRI 200 MG TABLET	PA		
felbamate 600 mg tablet			
felbamate 600 mg/5 ml oral suspension			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42)-100 mg (7) tablet, dose pack	PA,QL(49 cada 30 días)	2	
lamotrigine er 250 mg tablet,extended release 24 hr		13	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84)-100 mg (14) tablet, dose pack	PA,QL(98 cada 30 días)	2	
LAMICTAL 200 MG TABLET	PA	2	
LAMICTAL XR 250 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	13	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) tablets in a dose pack	PA,QL(35 cada 30 días)	2	
subvenite 200 mg tablet	PA	2	
XCOPRI 50 MG TABLET	PA		
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)-25 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	PA		
XCOPRI TITRATION PACK 50 MG (14)-100 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	PA		
subvenite 150 mg tablet	PA	2	
subvenite 100 mg tablet	PA	2	
subvenite 25 mg tablet	PA	2	
divalproex 500 mg tablet,delayed release			
lamotrigine 25 mg chewable dispersible tablet		2	
valproic acid (as sodium salt) 500 mg/10 ml (10 ml) oral solution			
valproic acid 250 mg capsule			
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY (150 MG X 1 AND 100 MG X 1) TABLETS	PA		
XCOPRI MAINTENANCE PACK 350 MG/DAY (200 MG X 1 AND 150 MG X 1) TABLETS	PA		
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml (5 ml) oral solution			
lamotrigine 25 mg tablet		2	
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)-200 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	PA		
lamotrigine er 200 mg tablet,extended release 24 hr		13	
lamotrigine er 100 mg tablet,extended release 24 hr		13	
lamotrigine er 50 mg tablet,extended release 24 hr		13	
lamotrigine er 25 mg tablet,extended release 24 hr		13	
LAMICTAL ODT 25 MG DISINTEGRATING TABLET	PA	2	
LAMICTAL ODT 50 MG DISINTEGRATING TABLET	PA	2	
LAMICTAL ODT 100 MG DISINTEGRATING TABLET	PA	2	
LAMICTAL ODT 200 MG DISINTEGRATING TABLET	PA	2	
lamotrigine 50 mg (42)-100 mg (14) tablet,disintegrating, pack	QL(56 cada 30 días)	2	
lamotrigine 25 mg (21)-50 mg (7) tablet,disintegrating, pack	QL(28 cada 30 días)	2	
lamotrigine 200 mg tablet		2	
ethosuximide 250 mg/5 ml oral solution			
ZARONTIN 250 MG CAPSULE	PA		
ethosuximide 250 mg capsule			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
gabapentin 250 mg/5 ml (5 ml) oral solution			
gabapentin 300 mg/6 ml (6 ml) oral solution			
vigadrone 500 mg oral powder packet			
SYMPAZAN 20 MG ORAL FILM	PA	2	
SYMPAZAN 10 MG ORAL FILM	PA	2	
vigpoder 500 mg oral powder packet			
SYMPAZAN 5 MG ORAL FILM	PA	2	
VALTOCO 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY	PA,QL(20 cada 30 días)	6	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	PA,QL(20 cada 30 días)	6	
VALTOCO 15 MG/2 SPRAY(7.5MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY	PA,QL(20 cada 30 días)	6	
gabapentin 800 mg tablet			
MYSOLINE 50 MG TABLET	PA		
gabapentin 300 mg capsule			
VALTOCO 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	PA,QL(20 cada 30 días)	6	
phenobarbital 60 mg tablet			
tiagabine 16 mg tablet			
phenobarbital 30 mg tablet			
phenobarbital 64.8 mg tablet			
primidone 250 mg tablet			
GABITRIL 2 MG TABLET	PA		
GABITRIL 4 MG TABLET	PA		
ONFI 20 MG TABLET	PA	2	
ONFI 10 MG TABLET	PA	2	
gabapentin 250 mg/5 ml oral solution			
tiagabine 2 mg tablet			
clobazam 10 mg tablet		2	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	PA,QL(10 cada 30 días)	12	
clobazam 20 mg tablet		2	
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral elixir			
phenobarbital 97.2 mg tablet			
phenobarbital 32.4 mg tablet			
gabapentin 400 mg capsule			
SABRIL 500 MG ORAL POWDER PACKET	PA		
SABRIL 500 MG TABLET	PA		
GABITRIL 12 MG TABLET	PA		
phenobarbital 15 mg tablet			
ONFI 2.5 MG/ML ORAL SUSPENSION	PA	2	
vigabatrin 500 mg oral powder packet			
clobazam 2.5 mg/ml oral suspension		2	
phenobarbital 16.2 mg tablet			
GABITRIL 16 MG TABLET	PA		
primidone 125 mg tablet			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
DIASTAT ACUDIAL 12.5 MG-15 MG-17.5 MG-20 MG RECTAL KIT	PA,QL(2 cada 30 días)		18
DIASTAT ACUDIAL 5 MG-7.5 MG-10 MG RECTAL KIT	PA,QL(2 cada 30 días)		18
tiagabine 4 mg tablet			
phenobarbital 100 mg tablet			
tiagabine 12 mg tablet			
DIASTAT 2.5 MG RECTAL KIT	PA,QL(2 cada 30 días)		18
diazepam 12.5 mg-15 mg-17.5 mg-20 mg rectal kit	QL(2 cada 30 días)		18
diazepam 5 mg-7.5 mg-10 mg rectal kit	QL(2 cada 30 días)		18
gabapentin 100 mg capsule			
diazepam 2.5 mg rectal kit	QL(2 cada 30 días)		18
gabapentin 600 mg tablet			
primidone 50 mg tablet			
MYSOLINE 250 MG TABLET	PA		
lacosamide 150 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
DILANTIN-125 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	PA		
lacosamide 200 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
TEGRETOL 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	PA		
oxcarbazepine 150 mg tablet			
OXTELLAR XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	6	
OXTELLAR XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	6	
carbamazepine er 100 mg tablet,extended release,12 hr			
TEGRETOL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA		
OXTELLAR XR 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	6	
phenytoin sodium extended 200 mg capsule			
phenytoin sodium extended 300 mg capsule			
APTIOM 800 MG TABLET	PA	4	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) oral suspension			
APTIOM 600 MG TABLET	PA	4	
APTIOM 400 MG TABLET	PA	4	
APTIOM 200 MG TABLET	PA	4	
TEGRETOL 200 MG TABLET	PA		
carbamazepine 100 mg chewable tablet			
DILANTIN 30 MG CAPSULE	PA		
TEGRETOL XR 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA		
carbamazepine 200 mg/10 ml oral suspension			
carbamazepine 100 mg/5 ml oral suspension			
lacosamide 10 mg/ml oral solution	QL(1200 cada 30 días)		
carbamazepine er 200 mg tablet,extended release,12 hr			
TRILEPTAL 300 MG TABLET	PA		
carbamazepine 200 mg tablet			
CARBATROL 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA		
epitol 200 mg tablet	PA		
EQUETRO 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA	6	
zonisamide 100 mg capsule			
EQUETRO 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA	6	
carbamazepine er 400 mg tablet,extended release,12 hr			
rufinamide 40 mg/ml oral suspension		1	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
carbamazepine er 100 mg capsule,extended release mphase12hr			
carbamazepine er 200 mg capsule,extended release mphase12hr			
EQUETRO 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA	6	
TRILEPTAL 300 MG/5 ML (60 MG/ML) ORAL SUSPENSION	PA		
carbamazepine er 300 mg capsule,extended release mphase12hr			
phenytoin 125 mg/5 ml oral suspension			
oxcarbazepine 300 mg tablet			
phenytoin sodium extended 100 mg capsule			
phenytoin 50 mg chewable tablet			
TRILEPTAL 600 MG TABLET	PA		
CARBATROL 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA		
phenytoin 100 mg/4 ml oral suspension			
rufinamide 200 mg tablet		1	
rufinamide 400 mg tablet		1	
TEGRETOL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA		
BANZEL 200 MG TABLET	PA	1	
BANZEL 400 MG TABLET	PA	1	
TRILEPTAL 150 MG TABLET	PA		
CARBATROL 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA		
DILANTIN EXTENDED 100 MG CAPSULE	PA		
oxcarbazepine 600 mg tablet			
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	PA	1	
lacosamide 100 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
zonisamide 50 mg capsule			
lacosamide 50 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
zonisamide 25 mg capsule			
EXELON PATCH 13.3 MG/24 HOUR TRANSDERMAL		18	
rivastigmine 6 mg capsule		18	
donepezil 10 mg tablet		18	
galantamine 4 mg tablet		18	
rivastigmine 1.5 mg capsule		18	
donepezil 10 mg disintegrating tablet		18	
donepezil 5 mg disintegrating tablet		18	
galantamine 12 mg tablet		18	
donepezil 5 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	18	
rivastigmine 4.5 mg capsule		18	
rivastigmine 3 mg capsule		18	
EXELON PATCH 4.6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL		18	
EXELON PATCH 9.5 MG/24 HOUR TRANSDERMAL		18	
galantamine 8 mg tablet		18	
memantine 5 mg tablet		18	
memantine 10 mg tablet		18	
bupropion hcl 75 mg tablet	QL(180 cada 30 días)	6	
perphenazine-amitriptyline 4 mg-50 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
mirtazapine 15 mg disintegrating tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
bupropion hcl sr 150 mg tablet,12 hr sustained-release	QL(60 cada 30 días)	6	
bupropion hcl sr 100 mg tablet,12 hr sustained-release	QL(60 cada 30 días)	6	
bupropion hcl 100 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
perphenazine-amitriptyline 2 mg-10 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	18	
amitriptyline-chlordiazepoxide 25 mg-10 mg tablet	QL(180 cada 30 días)	18	
bupropion hcl xl 150 mg 24 hr tablet, extended release	QL(30 cada 30 días)	6	
perphenazine-amitriptyline 2 mg-25 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
bupropion hcl xl 300 mg 24 hr tablet, extended release	QL(30 cada 30 días)	6	
mirtazapine 15 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
bupropion hcl sr 200 mg tablet,12 hr sustained-release	QL(60 cada 30 días)	6	
perphenazine-amitriptyline 4 mg-10 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
mirtazapine 45 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
amitriptyline-chlordiazepoxide 12.5 mg-5 mg tablet	QL(180 cada 30 días)	18	
mirtazapine 30 mg disintegrating tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
mirtazapine 7.5 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
perphenazine-amitriptyline 4 mg-25 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
mirtazapine 30 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
mirtazapine 45 mg disintegrating tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
venlafaxine er 75 mg capsule,extended release 24 hr	QL(90 cada 30 días)	6	
TRINTELLIX 10 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
TRINTELLIX 20 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
escitalopram 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
sertraline 20 mg/ml oral concentrate	QL(300 cada 30 días)	6	11
citalopram 10 mg/5 ml oral solution	QL(900 cada 30 días)	6	11
venlafaxine er 150 mg capsule,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	6	
fluvoxamine 25 mg tablet	QL(360 cada 30 días)	6	
desvenlafaxine succinate er 50 mg tablet,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	18	
paroxetine 40 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
desvenlafaxine succinate er 25 mg tablet,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	18	
trazodone 100 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
desvenlafaxine succinate er 100 mg tablet,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	18	
vilazodone 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
vilazodone 20 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	18	
vilazodone 40 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
escitalopram 5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
citalopram 40 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
fluoxetine 40 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	6	
duloxetina 20 mg capsule,delayed release	QL(60 cada 30 días)	6	
venlafaxine 50 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
duloxetina 30 mg capsule,delayed release	QL(60 cada 30 días)	6	
trazodone 50 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
duloxetina 60 mg capsule,delayed release	QL(60 cada 30 días)	6	
paroxetina 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
venlafaxine er 37.5 mg capsule,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	6	
sertraline 100 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
citalopram 20 mg tablet	QL(45 cada 30 días)	6	
venlafaxine 25 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
trazodone 150 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
sertraline 25 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
fluoxetina 10 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	6	
TRINTELLIX 5 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
trazodone 300 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
escitalopram 20 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
venlafaxine 75 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	6	
fluvoxamine 50 mg tablet	QL(180 cada 30 días)	6	
venlafaxine 100 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
citalopram 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
fluvoxamine 100 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
fluoxetina 20 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	6	
venlafaxine 37.5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
sertraline 50 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
fluoxetina 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution	QL(600 cada 30 días)	6	11
paroxetina 20 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
paroxetina 30 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
amoxapine 150 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	16	
amoxapine 25 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	16	
nortriptyline 10 mg capsule	QL(240 cada 30 días)	13	
nortriptyline 25 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	13	
nortriptyline 75 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	13	
amoxapine 100 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	16	
amitriptyline 100 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	12	
clomipramine 25 mg capsule	PA	10	
amoxapine 50 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	16	
desipramine 150 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	13	
amitriptyline 10 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	12	
amitriptyline 75 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	12	
imipramine 25 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
desipramine 50 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	13	
clomipramine 50 mg capsule	PA	10	
imipramine 50 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
imipramine 10 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
amitriptyline 25 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	12	
desipramine 25 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	13	
amitriptyline 150 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	12	
desipramine 10 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	13	
desipramine 100 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	13	
nortriptyline 50 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	13	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
desipramine 75 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	13	
clomipramine 75 mg capsule	PA	10	
amitriptyline 50 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	12	
promethazine 25 mg/ml injection solution			
metoclopramide 5 mg tablet	QL(360 cada 30 días)		
promethazine 6.25 mg/5 ml oral syrup			
promethazine 12.5 mg tablet			
promethazine 50 mg/ml injection solution			
promethazine 25 mg tablet			
prochlorperazine maleate 10 mg tablet			
metoclopramide 10 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
TRANSDERM-SCOP 1 MG OVER 3 DAYS TRANSDERMAL PATCH	PA,QL(10 cada 30 días)	18	
promethazine 12.5 mg rectal suppository			
doxylamine 10 mg-pyridoxine (vit b6) 10 mg tablet,delayed release	QL(120 cada 30 días)	18	
prochlorperazine maleate 5 mg tablet			
promethazine 25 mg rectal suppository			
promethegan 25 mg rectal suppository			
promethazine 50 mg tablet			
DICLEGIS 10 MG-10 MG TABLET,DELAYED RELEASE	QL(120 cada 30 días)	18	
meclizine 25 mg tablet			
promethegan 12.5 mg rectal suppository			
metoclopramide 5 mg/5 ml oral solution			
meclizine 12.5 mg tablet			
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml injection solution	QL(32 cada 28 días)		
gransetron (pf) 100 mcg/ml (0.1 mg/ml) intravenous solution			
palonosetron 0.25 mg/2 ml intravenous solution			
ondansetron 16 mg disintegrating tablet			
ondansetron hcl 4 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml injection syringe	QL(32 cada 28 días)		
ondansetron 8 mg disintegrating tablet	QL(60 cada 30 días)		
aprepitant 40 mg capsule	QL(4 cada 28 días)		
POSFREA 0.25 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION	QL(40 cada 28 días)		
ondansetron hcl 8 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
ondansetron hcl 2 mg/ml intravenous solution	QL(32 cada 28 días)		
palonosetron 0.25 mg/5 ml intravenous syringe			
ondansetron hcl 4 mg/5 ml oral solution	QL(600 cada 28 días)		
gransetron hcl 1 mg tablet	QL(8 cada 28 días)		
ondansetron 4 mg disintegrating tablet	QL(60 cada 30 días)		
palonosetron 0.25 mg/5 ml intravenous solution	QL(40 cada 28 días)		
aprepitant 80 mg capsule	QL(4 cada 28 días)		
aprepitant 125 mg capsule	QL(2 cada 28 días)		
gransetron (pf) 1 mg/ml (1 ml) intravenous solution	QL(8 cada 28 días)		
miconazole-7 2 % vaginal cream ^{OTC}		20	
ciclopirox 8 % topical solution			
terconazole 0.8 % vaginal cream			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
fluconazole 100 mg tablet			
nystatin 100,000 unit/ml oral suspension			
tioconazole-1 6.5 % vaginal ointment ^{OTC}		20	
fluconazole 100 mg/50 ml in sodium chloride(iso) intravenous			
piggyback			
fluconazole 200 mg tablet			
fluconazole 200 mg/100 ml in sod. chloride (iso) intravenous			
piggyback			
miconazole nitrate 1,200 mg-2 % vaginal kit ^{OTC}			
miconazole-3 200 mg-2 % (9 gram) vaginal kit ^{OTC}		20	
clotrimazole 10 mg troche			
fluconazole 40 mg/ml oral suspension			
griseofulvin microsize 500 mg tablet			
terconazole 0.4 % vaginal cream			
nystatin-triamcinolone 100,000 unit/gram-0.1 % topical ointment			
ketoconazole 2 % shampoo			
clotrimazole 1 % topical cream			
itraconazole 100 mg capsule	QL(180 cada 30 días)		
fluconazole 400 mg/200 ml in sod. chloride(iso) intravenous			
piggyback			
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml oral suspension			
tioconazole 6.5 % vaginal ointment ^{OTC}		20	
nystatin 100,000 unit/gram topical ointment	QL(90 cada 30 días)		
nystatin-triamcinolone 100,000 unit/g-0.1 % topical cream			
fluconazole 150 mg tablet			
ketoconazole 2 % topical cream	QL(120 cada 30 días)		
miconazole nitrate 100 mg vaginal suppository ^{OTC}		20	
miconazole nitrate 2 % topical cream ^{OTC}		20	
clotrimazole 1 % vaginal cream ^{OTC}		20	
clotrimazole 1 % topical solution	QL(90 cada 30 días)		
fluconazole 10 mg/ml oral suspension			
terbinafine hcl 250 mg tablet	QL(84 cada 365 días)		
NOXAFILE 100 MG TABLET,DELAYED RELEASE			
amphotericin b 50 mg solution for injection			
nystatin 100,000 unit/gram topical powder			
miconazole nitrate 2 % vaginal cream ^{OTC}		20	
ciclopirox 0.77 % topical suspension			
fluconazole 50 mg tablet			
econazole 1 % topical cream	QL(90 cada 30 días)		
3-day vaginal 2 % cream ^{OTC}		20	
nystatin 500,000 unit tablet			
ciclopirox 0.77 % topical cream			
miconazole-7 100 mg vaginal suppository ^{OTC}		20	
clotrimazole-3 2 % vaginal cream ^{OTC}		20	
miconazole-3 200 mg/5 gram (4 %) vaginal cream ^{OTC}			
clotrimazole-betamethasone 1 %-0.05 % topical cream			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
nystatin 100,000 unit/gram topical cream	QL(90 cada 30 días)		
probenecid 500 mg-colchicine 0.5 mg tablet			
probenecid 500 mg tablet			
colchicine 0.6 mg tablet	QL(6 cada 30 días)	4	
allopurinol 300 mg tablet ^{EDS}			
allopurinol 100 mg tablet ^{EDS}			
QUDEXY XR 50 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE	PA		
QUDEXY XR 200 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE	PA		
QUDEXY XR 25 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE	PA		
TOPAMAX 25 MG SPRINKLE CAPSULE	PA		
AJOVY 225 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{EDS}	QL(4.5 cada 90 días)	18	
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR		18	
topiramate xr 200 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr			
topiramate 100 mg tablet			
TOPAMAX 200 MG TABLET	PA		
topiramate 25 mg tablet			
topiramate xr 150 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr			
EMGALITY 120 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	18		
topiramate 200 mg tablet			
EMGALITY PEN 120 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	18		
QULIPTA 10 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
QULIPTA 60 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
QULIPTA 30 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
topiramate xr 100 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr			
topiramate xr 25 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr			
topiramate xr 50 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr			
QUDEXY XR 150 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE	PA		
QUDEXY XR 100 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE	PA		
TOPAMAX 50 MG TABLET	PA		
topiramate 50 mg tablet			
AJOVY SYRINGE 225 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS ^{EDS}	QL(4.5 cada 90 días)	18	
TOPAMAX 15 MG SPRINKLE CAPSULE	PA		
TROKENDI XR 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA	6	
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR		18	
topiramate 25 mg sprinkle capsule			
TOPAMAX 25 MG TABLET	PA		
TROKENDI XR 50 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA	6	
TOPAMAX 100 MG TABLET	PA		
TROKENDI XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	PA	6	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
topiramate 15 mg sprinkle capsule			
TROKENDI XR 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA	6	
sumatriptan 5 mg/actuation nasal spray	QL(6 cada 30 días)	18	
sumatriptan 6 mg/0.5 ml subcutaneous solution	QL(3 cada 30 días)	18	
sumatriptan 20 mg/actuation nasal spray	QL(6 cada 30 días)	18	
IMITREX 20 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	QL(6 cada 30 días)	18	
rizatriptan 5 mg tablet	QL(12 cada 30 días)	6	
rizatriptan 10 mg tablet	QL(12 cada 30 días)	6	
sumatriptan 50 mg tablet	QL(9 cada 30 días)	18	
sumatriptan 100 mg tablet	QL(9 cada 30 días)	18	
RELPAX 20 MG TABLET	QL(6 cada 30 días)	18	
RELPAX 40 MG TABLET	QL(6 cada 30 días)	18	
sumatriptan 25 mg tablet	QL(9 cada 30 días)	18	
rizatriptan 5 mg disintegrating tablet	QL(12 cada 30 días)	6	
rizatriptan 10 mg disintegrating tablet	QL(12 cada 30 días)	6	
IMITREX 5 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	QL(6 cada 30 días)	18	
pyridostigmine bromide 60 mg tablet			
pyridostigmine bromide 30 mg tablet			
MESTINON 60 MG/5 ML ORAL SYRUP			
pyridostigmine bromide er 180 mg tablet,extended release			
pyridostigmine bromide 60 mg/5 ml oral syrup			
dapsone 25 mg tablet			
MYCOBUTIN 150 MG CAPSULE			
dapsone 100 mg tablet			
rifampin 300 mg capsule			
isoniazid 300 mg tablet			
pyrazinamide 500 mg tablet			
rifampin 600 mg intravenous solution			
ethambutol 400 mg tablet			
ethambutol 100 mg tablet			
isoniazid 100 mg tablet			
rifampin 150 mg capsule			
isoniazid 50 mg/5 ml oral solution			
MYLERAN 2 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)		
MATULANE 50 MG CAPSULE	QL(56 cada 30 días)		
BENDEKA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION		18	
bendamustine 25 mg/ml intravenous solution		18	
BICNU 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
cyclophosphamide 50 mg tablet			
cisplatin 1 mg/ml intravenous solution			
ALKERAN 2 MG TABLET		18	
melphalan hcl 50 mg intravenous powder for solution			
ifosfamide 3 gram intravenous solution			
temozolomide 5 mg capsule	QL(60 cada 28 días)		
oxaliplatin 100 mg/20 ml intravenous solution			
cyclophosphamide 200 mg/ml intravenous solution			
CYCLOPHOSPHAMIDE 100 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
ifosfamide 1 gram intravenous solution			
temozolomide 100 mg capsule	QL(60 cada 28 días)		
carboplatin 10 mg/ml intravenous solution			
cyclophosphamide 2 gram intravenous powder for solution			
LEUKERAN 2 MG TABLET			
temozolomide 20 mg capsule	QL(60 cada 28 días)		
ifosfamide 3 gram/60 ml intravenous solution			
ifosfamide 1 gram/20 ml intravenous solution			
oxaliplatin 200 mg/40 ml intravenous solution			
paraplatin 10 mg/ml intravenous solution			
kemoplat 1 mg/ml intravenous solution			
cyclophosphamide 1 gram intravenous powder for solution			
cyclophosphamide 50 mg capsule			
temozolomide 180 mg capsule	QL(60 cada 28 días)		
temozolomide 140 mg capsule	QL(60 cada 28 días)		
bendamustine 25 mg intravenous powder for solution			
cyclophosphamide 500 mg intravenous powder for solution			
cyclophosphamide 500 mg/ml intravenous solution			
temozolomide 250 mg capsule	QL(60 cada 28 días)		
oxaliplatin 50 mg intravenous solution			
oxaliplatin 100 mg intravenous solution			
cyclophosphamide 25 mg capsule			
cisplatin 50 mg intravenous powder for solution			
bendamustine 100 mg intravenous powder for solution			
TEMODAR 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
melphalan 2 mg tablet		18	
oxaliplatin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) intravenous solution			
cyclophosphamide 25 mg tablet			
XTANDI 40 MG CAPSULE	QL(120 cada 30 días)	18	
abiraterone 500 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	18	
bicalutamide 50 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
abiraterone 250 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
REVLIMID 15 MG CAPSULE	QL(30 cada 28 días)	18	
REVLIMID 20 MG CAPSULE	QL(30 cada 28 días)	18	
REVLIMID 10 MG CAPSULE	QL(30 cada 28 días)	18	
REVLIMID 5 MG CAPSULE	QL(30 cada 28 días)	18	
REVLIMID 25 MG CAPSULE	QL(30 cada 28 días)	18	
REVLIMID 2.5 MG CAPSULE	QL(30 cada 28 días)	18	
tamoxifen 20 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	18	
fulvestrant 250 mg/5 ml intramuscular syringe			
tamoxifen 10 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	18	
gemcitabine 2 gram intravenous solution			
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml) injection solution			
XELODA 150 MG TABLET	QL(178 cada 27 días)	18	
cytarabine (pf) 20 mg/ml injection solution			
cytarabine (pf) 2 gram/20 ml (100 mg/ml) injection solution			
azacitidine 100 mg solution for injection	QL(17 cada 28 días)		

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
fluorouracil 5 gram/100 ml intravenous solution			
decitabine 50 mg intravenous solution			
gemcitabine 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) intravenous solution			
mercaptopurine 50 mg tablet	QL(90 cada 30 días)		
gemcitabine 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml) intravenous solution			
fluorouracil 2.5 gram/50 ml intravenous solution			
gemcitabine 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml) intravenous solution			
fluorouracil 1 gram/20 ml intravenous solution			
gemcitabine 100 mg/ml intravenous solution			
fluorouracil 500 mg/10 ml intravenous solution			
hydroxyurea 500 mg capsule	QL(90 cada 28 días)		
XELODA 500 MG TABLET	QL(178 cada 27 días)	18	
gemcitabine 200 mg intravenous solution			
gemcitabine 1 gram intravenous solution			
cladribine 10 mg/10 ml intravenous solution			
cytarabine 20 mg/ml injection solution			
leucovorin calcium 10 mg tablet			
leucovorin calcium 200 mg solution for injection			
BORTEZOMIB 2.5 MG INJECTION POWDER FOR SOLUTION			
dexrazoxane hcl 500 mg intravenous solution		18	
pemetrexed disodium 100 mg intravenous powder for solution			
BORTEZOMIB 1 MG INJECTION POWDER FOR SOLUTION			
docetaxel 80 mg/8 ml (10 mg/ml) intravenous solution			
docetaxel 160 mg/16 ml (10 mg/ml) intravenous solution			
leucovorin calcium 10 mg/ml injection solution			
docetaxel 20 mg/2 ml (10 mg/ml) intravenous solution			
mitomycin 20 mg intravenous solution			
doxorubicin, pegylated liposomal 2 mg/ml intravenous suspension	QL(60 cada 28 días)	18	
vinorelbine 10 mg/ml intravenous solution			
leucovorin calcium 500 mg solution for injection			
dacarbazine 200 mg intravenous solution			
bleomycin 15 unit solution for injection			
BORTEZOMIB 1 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION			
BORTEZOMIB 2.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION			
vinorelbine 50 mg/5 ml intravenous solution			
vincristine 2 mg/2 ml intravenous solution			
pemetrexed disodium 25 mg/ml intravenous solution			
bortezomib 3.5 mg injection powder for solution			
pemetrexed disodium 750 mg intravenous powder for solution			
fludarabine 50 mg intravenous solution			
doxorubicin 50 mg/25 ml intravenous solution			
doxorubicin 10 mg/5 ml intravenous solution			
MUTAMYCIN 40 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
ELLENCE 200 MG/100 ML INTRAVENOUS SOLUTION	PA	18	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
doxorubicin 20 mg/10 ml intravenous solution			
doxorubicin 50 mg intravenous solution			
pemetrexed disodium 1,000 mg intravenous powder for solution			
ONCASPAR 750 UNIT/ML INJECTION SOLUTION			
paclitaxel 6 mg/ml concentrate,intravenous			
leucovorin calcium 50 mg solution for injection			
pemetrexed 25 mg/ml intravenous solution			
doxorubicin 10 mg intravenous solution			
leucovorin calcium 350 mg solution for injection			
leucovorin calcium 5 mg tablet			
vincristine 1 mg/ml intravenous solution			
MUTAMYCIN 5 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
dexrazoxane hcl 250 mg intravenous solution		18	
idarubicin 1 mg/ml intravenous solution			
mitomycin 40 mg intravenous solution			
bortezomib 3.5 mg intravenous powder for solution			
dacarbazine 100 mg intravenous solution			
bleomycin 30 unit solution for injection			
vinblastine 1 mg/ml intravenous solution			
mitoxantrone 2 mg/ml concentrate,intravenous		18	
daunorubicin 5 mg/ml intravenous solution			
leucovorin calcium 15 mg tablet			
mitomycin 5 mg intravenous solution			
fludarabine 50 mg/2 ml intravenous solution			
docetaxel 160 mg/8 ml (20 mg/ml) intravenous solution			
doxorubicin 2 mg/ml intravenous solution			
pemetrexed disodium 500 mg intravenous powder for solution			
leucovorin calcium 100 mg solution for injection			
ELLENCE 50 MG/25 ML INTRAVENOUS SOLUTION	PA	18	
docetaxel 20 mg/ml (1 ml) intravenous solution		18	
docetaxel 80 mg/4 ml (20 mg/ml) intravenous solution		18	
MUTAMYCIN 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
leucovorin calcium 25 mg tablet			
exemestane 25 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
letrozole 2.5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
anastrozole 1 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
etoposide 20 mg/ml intravenous solution			
irinotecan 500 mg/25 ml intravenous solution			
irinotecan 40 mg/2 ml intravenous solution			
irinotecan 100 mg/5 ml intravenous solution			
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) intravenous solution			
topotecan 4 mg intravenous solution		18	
irinotecan 300 mg/15 ml intravenous solution			
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET	QL(21 cada 28 días)	18	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET	QL(42 cada 28 días)	18	
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET	QL(63 cada 28 días)	18	
imatinib 100 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	1	
imatinib 400 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	1	
everolimus (antineoplastic) 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	1	
everolimus (antineoplastic) 5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	1	
everolimus (antineoplastic) 7.5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	1	
VOTRIENT 200 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)	18	
erlotinib 150 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
erlotinib 100 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
erlotinib 25 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
SUTENT 12.5 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	18	
SUTENT 25 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	18	
SUTENT 50 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	18	
VENCLEXTA 100 MG TABLET	QL(180 cada 30 días)	18	
VENCLEXTA 10 MG TABLET	QL(14 cada 30 días)	18	
everolimus (antineoplastic) 2.5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	1	
VENCLEXTA 50 MG TABLET	QL(7 cada 30 días)	18	
TAFINLAR 50 MG CAPSULE	QL(120 cada 30 días)	1	
TAFINLAR 75 MG CAPSULE	QL(120 cada 30 días)	1	
MEKINIST 0.5 MG TABLET	QL(90 cada 30 días)	1	
MEKINIST 2 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	1	
SUTENT 37.5 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	18	
ARZERRA 1,000 MG/50 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
ARZERRA 100 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION			
RUXIENCE 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	PA,QL(736 cada 30 días)	18	
TRAZIMERA 420 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
CAMPATH 30 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION			
TRAZIMERA 150 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
ZIRABEV 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	PA,QL(110 cada 30 días)	18	
tretinoin (antineoplastic) 10 mg capsule		1	
PANRETIN 0.1 % TOPICAL GEL	PA		
mesna 100 mg/ml intravenous solution			
ivermectin 3 mg tablet	QL(10 cada 90 días)		
BILTRICIDE 600 MG TABLET			
albendazole 200 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
primaquine 26.3 mg (15 mg base) tablet			
chloroquine 250 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)		
hydroxychloroquine 300 mg tablet	PA,QL(60 cada 30 días)		
pentamidine 300 mg solution for inhalation			
hydroxychloroquine 200 mg tablet	PA,QL(90 cada 30 días)		

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
atovaquone 750 mg/5 ml oral suspension			
hydroxychloroquine 400 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)		
mefloquine 250 mg tablet			
hydroxychloroquine 100 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)		
chloroquine 500 mg tablet	PA,QL(60 cada 30 días)		
trihexyphenidyl 5 mg tablet ^{EDS}		18	
benztropine 0.5 mg tablet ^{EDS}		3	
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml oral elixir ^{EDS}		18	
trihexyphenidyl 2 mg tablet ^{EDS}		18	
benztropine 1 mg tablet ^{EDS}		3	
benztropine 2 mg tablet ^{EDS}		3	
entacapone 200 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	18	
carbidopa 50 mg-levodopa 200 mg-entacapone 200 mg tablet		18	
amantadine hcl 100 mg tablet ^{EDS}		1	
amantadine hcl 50 mg/5 ml oral solution ^{EDS}		1	
amantadine hcl 100 mg capsule ^{EDS}		1	
carbidopa 12.5 mg-levodopa 50 mg-entacapone 200 mg tablet		18	
carbidopa 31.25 mg-levodopa 125 mg-entacapone 200 mg tablet		18	
carbidopa 18.75 mg-levodopa 75 mg-entacapone 200 mg tablet		18	
carbidopa 25 mg-levodopa 100 mg-entacapone 200 mg tablet		18	
carbidopa 37.5 mg-levodopa 150 mg-entacapone 200 mg tablet		18	
pramipexole 0.25 mg tablet ^{EDS}		18	
ropinirole 1 mg tablet ^{EDS}		18	
pramipexole 0.75 mg tablet ^{EDS}		18	
ropinirole 5 mg tablet ^{EDS}		18	
pramipexole 0.5 mg tablet ^{EDS}		18	
pramipexole 1 mg tablet ^{EDS}		18	
pramipexole 0.125 mg tablet ^{EDS}		18	
ropinirole 4 mg tablet ^{EDS}		18	
ropinirole 2 mg tablet ^{EDS}		18	
ropinirole 0.5 mg tablet ^{EDS}		18	
pramipexole 1.5 mg tablet ^{EDS}		18	
ropinirole 3 mg tablet ^{EDS}		18	
ropinirole 0.25 mg tablet ^{EDS}		18	
carbidopa er 25 mg-levodopa 100 mg tablet,extended release ^{EDS}		18	
carbidopa 25 mg-levodopa 100 mg tablet ^{EDS}		18	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
carbidopa er 50 mg-levodopa 200 mg tablet,extended release ^{EDS}		18	
carbidopa 10 mg-levodopa 100 mg tablet ^{EDS}		18	
carbidopa 25 mg-levodopa 250 mg tablet ^{EDS}		18	
selegiline 5 mg capsule ^{EDS}		18	
selegiline 5 mg tablet ^{EDS}		18	
thiothixene 2 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	18	
haloperidol decanoate 50 mg/ml intramuscular solution	QL(3 cada 28 días)	18	
haloperidol decanoate 50 mg/ml intramuscular solution		18	
chlorpromazine 25 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
chlorpromazine 10 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
chlorpromazine 100 mg/ml oral concentrate			
trifluoperazine 10 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
chlorpromazine 25 mg/ml injection solution	QL(1200 cada 30 días)	18	
trifluoperazine 2 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	18	
fluphenazine 5 mg/ml oral concentrate	QL(120 cada 30 días)	6	
fluphenazine 2.5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
haloperidol 5 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
haloperidol 2 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	6	
pimozide 2 mg tablet		18	
droperidol 2.5 mg/ml injection solution		18	
haloperidol 10 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
thioridazine 10 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
chlorpromazine 30 mg/ml oral concentrate			
chlorpromazine 200 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	18	
perphenazine 2 mg tablet	QL(330 cada 30 días)	6	
thiothixene 1 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	18	
trifluoperazine 5 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	18	
fluphenazine decanoate 25 mg/ml injection solution		18	
fluphenazine 2.5 mg/5 ml oral elixir	QL(1200 cada 30 días)	6	
loxapine succinate 10 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	18	
thioridazine 50 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
thioridazine 25 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
haloperidol 20 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	6	
chlorpromazine 100 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
fluphenazine 5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
thiothixene 5 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	18	
haloperidol 1 mg tablet	QL(300 cada 30 días)	6	
haloperidol decanoate 100 mg/ml intramuscular solution	QL(5 cada 28 días)	18	
loxapine succinate 5 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	18	
perphenazine 8 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
haloperidol lactate 5 mg/ml injection solution		18	
pimozide 1 mg tablet		18	
fluphenazine 10 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
fluphenazine 1 mg tablet	QL(300 cada 30 días)	6	
haloperidol 0.5 mg tablet	QL(600 cada 30 días)	6	
haloperidol lactate 2 mg/ml oral concentrate	QL(1500 cada 30 días)	6	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
loxapine succinate 50 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	18	
thiothixene 10 mg capsule	QL(180 cada 30 días)	18	
thioridazine 100 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	18	
trifluoperazine 1 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	18	
perphenazine 16 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
loxapine succinate 25 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	18	
chlorpromazine 50 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
perphenazine 4 mg tablet	QL(165 cada 30 días)	6	
quetiapine 50 mg tablet	QL(180 cada 30 días)	6	
quetiapine 400 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
ziprasidone 40 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
REXULTI 4 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	13	
REXULTI 3 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	13	
REXULTI 2 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	13	
REXULTI 1 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	13	
olanzapine 15 mg disintegrating tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
REXULTI 0.5 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	13	
REXULTI 0.25 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	13	
risperidone 3 mg disintegrating tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
risperidone 1 mg/ml oral solution	QL(480 cada 30 días)	6	
risperidone 4 mg disintegrating tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
VRAYLAR 1.5 MG (1)-3 MG (6) CAPSULES IN A DOSE PACK	PA,QL(7 cada 365 días)	18	
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(0.88 cada 84 días)	18	
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1.32 cada 84 días)	18	
lurasidone 60 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	10	
quetiapine 150 mg tablet		6	
risperidone 0.25 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
olanzapine 5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olanzapine 20 mg disintegrating tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
quetiapine er 150 mg tablet,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	6	
quetiapine er 50 mg tablet,extended release 24 hr	QL(60 cada 30 días)	6	
CAPLYTA 21 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
olanzapine 10 mg disintegrating tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
aripiprazole 2 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
risperidone 0.5 mg disintegrating tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
olanzapine 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
risperidone 1 mg disintegrating tablet	QL(180 cada 30 días)	6	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	PA,QL(2.4 cada 60 días)	18	
risperidone 2 mg disintegrating tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	PA,QL(3.2 cada 60 días)	18	
paliperidone er 3 mg tablet,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	12	
UZEDY 50 MG/0.14 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	PA,QL(0.28 cada 28 días)	18	
paliperidone er 6 mg tablet,extended release 24 hr	QL(60 cada 30 días)	12	
UZEDY 75 MG/0.21 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	PA,QL(0.21 cada 28 días)	18	
UZEDY 100 MG/0.28 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	PA,QL(0.56 cada 56 días)	18	
paliperidone er 9 mg tablet,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	12	
UZEDY 125 MG/0.35 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	PA,QL(0.35 cada 28 días)	18	
risperidone 1 mg tablet	QL(180 cada 30 días)	6	
UZEDY 150 MG/0.42 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	PA,QL(0.42 cada 56 días)	18	
UZEDY 200 MG/0.56 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	PA,QL(0.56 cada 56 días)	18	
UZEDY 250 MG/0.7 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	PA,QL(0.7 cada 56 días)	18	
aripiprazole 1 mg/ml oral solution	QL(900 cada 30 días)	6	
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(5 cada 180 días)	18	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(3.5 cada 180 días)	18	
olanzapine 20 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
aripiprazole 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
aripiprazole 15 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
aripiprazole 20 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
risperidone 3 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
quetiapine 100 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	6	
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	PA,QL(2 cada 28 días)	18	
risperidone 0.25 mg disintegrating tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
olanzapine 2.5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
PERSERIS 90 MG SUBCUTANEOUS EXTENDED RELEASE SUSPENSION SYRINGE	PA,QL(1 cada 30 días)	18	
aripiprazole 30 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olanzapine 7.5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
risperidone 0.5 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
quetiapine er 400 mg tablet,extended release 24 hr	QL(60 cada 30 días)	6	
quetiapine er 300 mg tablet,extended release 24 hr	QL(60 cada 30 días)	6	
PERSERIS 120 MG SUBCUTANEOUS EXTENDED RELEASE SUSPENSION SYRINGE	PA,QL(1 cada 30 días)	18	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
quetiapine er 200 mg tablet,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	6	
FANAPT 10 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
olanzapine 15 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
FANAPT 8 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
FANAPT 6 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
FANAPT 4 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
risperidone 2 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
ziprasidone 20 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	PA,QL(3.2 cada 28 días)	18	
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	PA,QL(2.4 cada 28 días)	18	
FANAPT 2 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	PA,QL(1.6 cada 28 días)	18	
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
CAPLYTA 42 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
FANAPT 1 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
quetiapine 300 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
risperidone 4 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
ABILIFY MAINTENA 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
CAPLYTA 10.5 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
paliperidone er 1.5 mg tablet,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	12	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	PA,QL(3.9 cada 60 días)	18	
ABILIFY MAINTENA 400 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
lurasidone 40 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	10	
RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	PA,QL(2 cada 28 días)	18	
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	PA,QL(2 cada 28 días)	18	
RISPERDAL CONSTA 25 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	PA,QL(2 cada 28 días)	18	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
ABILIFY MAINTENA 300 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
lurasidone 80 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	10	
lurasidone 20 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	10	
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(2 cada 28 días)	18	
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1.5 cada 28 días)	18	
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(2.63 cada 84 días)	18	
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1.5 cada 28 días)	18	
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
quetiapine 200 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	6	
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(0.5 cada 28 días)	18	
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1.75 cada 84 días)	18	
ziprasidone 80 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	6	
olanzapine 5 mg disintegrating tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	PA,QL(2.4 cada 180 días)	18	
lurasidone 120 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	10	
aripiprazole 5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
ABILIFY MAINTENA 400 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
ziprasidone 60 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
quetiapine 25 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
FANAPT 12 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
clozapine 100 mg tablet	QL(270 cada 30 días)	6	
clozapine 50 mg tablet	QL(360 cada 30 días)	6	
clozapine 200 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
clozapine 25 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
baclofen 10 mg/5 ml (2 mg/ml) oral solution	PA,QL(1200 cada 30 días)	12	
baclofen 10 mg tablet	QL(240 cada 30 días)		
tizanidine 2 mg tablet	QL(270 cada 30 días)		
tizanidine 4 mg tablet	QL(270 cada 30 días)		
baclofen 5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
baclofen 20 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
baclofen 15 mg tablet			
baclofen 5 mg/5 ml oral solution	PA,QL(2400 cada 30 días)	12	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
baclofen 25 mg/5 ml (5 mg/ml) oral suspension	PA,QL(480 cada 30 días)	12	
ganciclovir sodium 50 mg/ml intravenous solution			
valganciclovir 450 mg tablet			
valganciclovir 50 mg/ml oral solution			
ganciclovir sodium 500 mg intravenous solution			
ZIRGAN 0.15 % EYE GEL			
VALCYTE 50 MG/ML ORAL SOLUTION			
lamivudine 100 mg tablet			
entecavir 1 mg tablet			
entecavir 0.5 mg tablet			
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) ORAL SOLUTION			11
ribavirin 200 mg tablet	PA	5	
VOSEVI 400 MG-100 MG-100 MG TABLET	PA	18	
MAVYRET 100 MG-40 MG TABLET	PA,QL(90 cada 30 días)	3	
ribavirin 200 mg capsule	PA	5	
MAVYRET 50 MG-20 MG ORAL PELLETS IN PACKET	PA,QL(140 cada 28 días)	3	
sofosbuvir 400 mg-velpatasvir 100 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)	3	
ISENTRESS HD 600 MG TABLET			
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION			
BIKTARVY 30 MG-120 MG-15 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	3	
BIKTARVY 50 MG-200 MG-25 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	3	
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET			
ISENTRESS 100 MG ORAL POWDER PACKET			
DOVATO 50 MG-300 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET			
CABENUVA 400 MG/2 ML-600 MG/2 ML IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE	PA,QL(6 cada 30 días)	12	
CABOTEGRAVIR ER 600 MG/3 ML (200 MG/ML) IM SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	QL(21 cada 365 días)	12	
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
APRETUDE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE	QL(21 cada 365 días)	12	
ISENTRESS 400 MG TABLET			
CABENUVA 600 MG/3 ML-900 MG/3 ML IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE	PA,QL(6 cada 30 días)	12	
TIVICAY 25 MG TABLET			
JULUCA 50 MG-25 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
CABOTEGRAVIR ER 400 MG/2 ML (200 MG/ML) IM SUSPENSION,EXTENDED RELEASE		12	
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
TIVICAY 50 MG TABLET			
TIVICAY 10 MG TABLET			
INTELENCE 100 MG TABLET		2	
PIFELTRO 100 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
DELSTRIGO 100 MG-300 MG-300 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
nevirapine er 400 mg tablet,extended release 24 hr			
efavirenz 50 mg capsule			
efavirenz 600 mg-emtricitabine 200 mg-tenofovir disoproxil 300 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
INTELENCE 200 MG TABLET		2	
efavirenz 200 mg capsule			
efavirenz 600 mg-lamivudine 300 mg-tenofovir disoproxil 300 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
nevirapine er 100 mg tablet,extended release 24 hr			
EDURANT 25 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	2	
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
efavirenz 600 mg tablet			
INTELENCE 25 MG TABLET		2	
nevirapine 50 mg/5 ml oral suspension			
efavirenz 400 mg-lamivudine 300 mg-tenofovir disoproxil 300 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
nevirapine 200 mg tablet			
stavudine 15 mg capsule			
zidovudine 10 mg/ml oral syrup			
stavudine 30 mg capsule			
emtricitabine 100 mg-tenofovir disoproxil fumarate 150 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
emtricitabine 200 mg-tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION			
VIREAD 200 MG TABLET			
abacavir 300 mg tablet			
VIREAD 250 MG TABLET			
stavudine 20 mg capsule			
emtricitabine 133 mg-tenofovir disoproxil fumarate 200 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tablet			
zidovudine 300 mg tablet			
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
abacavir 600 mg-lamivudine 300 mg tablet			
zidovudine 100 mg capsule			
emtricitabine 200 mg capsule			
RETROVIR 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION			
lamivudine 10 mg/ml oral solution			
didanosine 400 mg capsule,delayed release			
stavudine 40 mg capsule			
emtricitabine 167 mg-tenofovir disoproxil fumarate 250 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)		
TRIUMEQ PD 60 MG-5 MG-30 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	PA,QL(180 cada 30 días)		
TEMIXYS 300 MG-300 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
abacavir 20 mg/ml oral solution			
lamivudine 150 mg tablet			
lamivudine 300 mg tablet			
lamivudine 150 mg-zidovudine 300 mg tablet			
VIREAD 150 MG TABLET			
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
CIMDUO 300 MG-300 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
DESCOVY 120 MG-15 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)		
didanosine 250 mg capsule,delayed release			
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
TYBOST 150 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
SUNLENCA 300 MG TABLET	PA	18	
SELZENTRY 300 MG TABLET	PA		
SUNLENCA 309 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA	18	
SELZENTRY 150 MG TABLET	PA		
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLUTION	PA		
RUKOBIA 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
FUZEON 90 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA	6	
SELZENTRY 25 MG TABLET	PA		
SELZENTRY 75 MG TABLET	PA		
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	PA	18	
atazanavir 300 mg capsule			
KALETRA 100 MG-25 MG TABLET			
atazanavir 150 mg capsule			
VIRACEPT 625 MG TABLET			
APTVUS 250 MG CAPSULE			
fosamprenavir 700 mg tablet			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
SYMTUZA 800 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION			
VIRACEPT 250 MG TABLET			
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
lopinavir-ritonavir 400 mg-100 mg/5 ml oral solution			
NORVIR 80 MG/ML ORAL SOLUTION			
PREZISTA 800 MG TABLET			
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET			
KALETRA 200 MG-50 MG TABLET			
atazanavir 200 mg capsule			
PREZISTA 75 MG TABLET			
PREZISTA 600 MG TABLET			
PREZISTA 150 MG TABLET			
NORVIR 100 MG TABLET			
NORVIR 100 MG ORAL POWDER PACKET			
LEXIVA 50 MG/ML ORAL SUSPENSION			
oseltamivir 45 mg capsule	QL(20 cada 365 días)		
oseltamivir 30 mg capsule	QL(40 cada 365 días)		
oseltamivir 75 mg capsule	QL(20 cada 365 días)		
oseltamivir 6 mg/ml oral suspension	QL(360 cada 365 días)	12	
TAMIFLU 6 MG/ML ORAL SUSPENSION	QL(360 cada 365 días)	12	
valacyclovir 500 mg tablet			
acyclovir 800 mg tablet			
acyclovir 5 % topical ointment	QL(30 cada 30 días)	12	
acyclovir 400 mg tablet			
ZOVIRAX 5 % TOPICAL CREAM	QL(15 cada 30 días)	12	
acyclovir 200 mg/5 ml oral suspension			17
acyclovir 200 mg capsule			
DENAVIR 1 % TOPICAL CREAM	QL(5 cada 30 días)		
valacyclovir 1 gram tablet			
doxepin 25 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	12	
doxepin 75 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	12	
buspirone 10 mg tablet			
hydroxyzine hcl 50 mg tablet			
hydroxyzine hcl 50 mg/ml intramuscular solution			
doxepin 150 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	12	
doxepin 100 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	12	
doxepin 10 mg/ml oral concentrate	QL(900 cada 30 días)	12	
hydroxyzine hcl 25 mg tablet			
buspirone 5 mg tablet			
doxepin 50 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	12	
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml oral solution			
buspirone 7.5 mg tablet			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
doxepin 10 mg capsule	QL(240 cada 30 días)	12	
buspirone 15 mg tablet			
hydroxyzine hcl 10 mg tablet			
buspirone 30 mg tablet			
hydroxyzine hcl 25 mg/ml intramuscular solution			
diazepam 2 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
clonazepam 0.5 mg tablet	QL(90 cada 30 días)		
diazepam 10 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
clonazepam 0.25 mg disintegrating tablet			
lorazepam 1 mg tablet	QL(150 cada 30 días)		
KLONOPIN 2 MG TABLET	PA,QL(90 cada 30 días)		
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml) oral solution	QL(1200 cada 30 días)		
alprazolam 1 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	7	
oxazepam 30 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
clonazepam 0.5 mg disintegrating tablet			
chlordiazepoxide 10 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
oxazepam 10 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
lorazepam 2 mg tablet	QL(150 cada 30 días)		
lorazepam intensol 2 mg/ml oral concentrate	QL(150 cada 30 días)		
diazepam 5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
clonazepam 2 mg tablet	QL(90 cada 30 días)		
lorazepam 0.5 mg tablet	QL(150 cada 30 días)		
lorazepam 2 mg/ml injection solution			
lorazepam 2 mg/ml injection syringe			
oxazepam 15 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
alprazolam 0.5 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	7	
chlordiazepoxide 25 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
clonazepam 2 mg disintegrating tablet			
lorazepam 4 mg/ml injection solution			
lorazepam 2 mg/ml oral concentrate	QL(150 cada 30 días)		
alprazolam 0.25 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	7	
clonazepam 1 mg disintegrating tablet			
clonazepam 1 mg tablet	QL(90 cada 30 días)		
KLONOPIN 0.5 MG TABLET	PA,QL(90 cada 30 días)		
alprazolam 2 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	7	
KLONOPIN 1 MG TABLET	PA,QL(90 cada 30 días)		
chlordiazepoxide 5 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) oral solution			
clonazepam 0.125 mg disintegrating tablet			
lithium carbonate 150 mg capsule		6	
lithium carbonate 600 mg capsule		6	
lithium carbonate 300 mg capsule		6	
lithium carbonate 300 mg tablet		6	
lithium carbonate er 300 mg tablet,extended release		6	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
lithium carbonate er 450 mg tablet,extended release		6	
glipizide 10 mg tablet ^{EDS}			
FARXIGA 10 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	10	
glipizide er 10 mg tablet, extended release 24 hr ^{EDS}			
glipizide 5 mg-metformin 500 mg tablet ^{EDS}			
glipizide 2.5 mg-metformin 500 mg tablet ^{EDS}			
glipizide 2.5 mg-metformin 250 mg tablet ^{EDS}			
glipizide 2.5 mg tablet ^{EDS}			
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
JANUMET 50 MG-500 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
glipizide 5 mg tablet ^{EDS}			
JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
glipizide er 5 mg tablet, extended release 24 hr ^{EDS}			
miglitol 100 mg tablet ^{EDS}			
metformin 850 mg tablet ^{EDS}	QL(90 cada 30 días)		
JANUMET XR 50 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(60 cada 30 días)	18	
JANUMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(60 cada 30 días)	18	
acarbose 50 mg tablet ^{EDS}			
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	18	
glyburide 5 mg tablet ^{EDS}			
glyburide 1.25 mg-metformin 250 mg tablet ^{EDS}			
acarbose 25 mg tablet ^{EDS}			
glyburide micronized 3 mg tablet ^{EDS}			
miglitol 50 mg tablet ^{EDS}			
repaglinide 1 mg tablet ^{EDS}			
OZEMPIK 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	18	
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(60 cada 30 días)	10	
TRADJENTA 5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
FARXIGA 5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	10	
metformin er 500 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	QL(150 cada 30 días)		
metformin er 750 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	QL(105 cada 30 días)		
OZEMPIK 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	18	
OZEMPIK 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	18	
pioglitazone 30 mg tablet ^{EDS}			
glimepiride 3 mg tablet			
glyburide 1.25 mg tablet ^{EDS}			
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	10	
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(60 cada 30 días)	10	
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	10	
JANUVIA 25 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	10	
JANUVIA 50 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
JANUVIA 100 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
repaglinide 0.5 mg tablet ^{EDS}			
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	10	
glyburide 5 mg-metformin 500 mg tablet ^{EDS}			
TRIJARDY XR 25 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE		18	
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	18	
metformin 500 mg tablet ^{EDS}	QL(150 cada 30 días)		
glipizide er 2.5 mg tablet, extended release 24 hr ^{EDS}			
TRIJARDY XR 12.5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE		18	
metformin 1,000 mg tablet ^{EDS}	QL(75 cada 30 días)		
TRIJARDY XR 10 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE		18	
glyburide micronized 1.5 mg tablet ^{EDS}			
TRIJARDY XR 5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE		18	
JARDIANCE 25 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	10	
TRULICITY 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	10	
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	18	
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	QL(60 cada 30 días)	18	
GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
acarbose 100 mg tablet ^{EDS}			
glyburide 2.5 mg tablet ^{EDS}			
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
glimepiride 1 mg tablet ^{EDS}			
SYNJARDY 5 MG-500 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)	10	
SYNJARDY 5 MG-1,000 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	10	
SYNJARDY 12.5 MG-500 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	10	
SYNJARDY XR 25 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	18	
SYNJARDY XR 12.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	QL(60 cada 30 días)	18	
glimepiride 4 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
glimepiride 2 mg tablet ^{EDS}			
SYNJARDY 12.5 MG-1,000 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	10	
miglitol 25 mg tablet ^{EDS}			
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(9 cada 30 días)	10	
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(9 cada 30 días)	10	
pioglitazone 15 mg tablet ^{EDS}			
SYNJARDY XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	QL(60 cada 30 días)	18	
SYNJARDY XR 10 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	QL(60 cada 30 días)	18	
glyburide micronized 6 mg tablet ^{EDS}			
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	10	
JARDIANCE 10 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	10	
repaglinide 2 mg tablet ^{EDS}			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
glyburide 2.5 mg-metformin 500 mg tablet ^{EDS}			
JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	10	
pioglitazone 45 mg tablet ^{EDS}			
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION NASAL SPRAY		4	
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSPENSION			
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG INJECTION			
GLUCAGON EMERGENCY KIT 1 MG SOLUTION FOR INJECTION			
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR		6	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS ^{EDS}	QL(90 cada 90 días)		
HUMALOG MIX 50-50 (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	QL(70 cada 30 días)		
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{OTC}	QL(70 cada 30 días)		
APIDRA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN ^{EDS}	QL(90 cada 90 días)		
HUMALOG MIX 75-25 (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	QL(70 cada 30 días)		
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
INSULIN GLARGINE (U-100) 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN ^{EDS}	QL(90 cada 90 días)		
LEVEMIR FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SOLUTION SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EDS}	QL(90 cada 90 días)		
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	QL(70 cada 30 días)		
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDG ^{EDS}	QL(90 cada 90 días)		
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{EDS}	QL(90 cada 90 días)		
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{EDS}	QL(90 cada 90 días)		
HUMALOG KWIKPEN (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS ^{EDS}	QL(90 cada 90 días)		
INSULIN ASPAR PROT-INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS PEN ^{EDS}	QL(90 cada 90 días)		
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{EDS}	QL(90 cada 90 días)		
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS ^{OTC,EDS}	QL(90 cada 90 días)		
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN ISOPHANE 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSP ^{OTC}	QL(70 cada 30 días)		

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	PA		
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN ^{EDS}	QL(90 cada 90 días)		
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INSULIN 500 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLN	QL(20 cada 30 días)		
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN (ISOPHANE SUSP) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS ^{OTC}	QL(70 cada 30 días)		
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{EDS}	QL(90 cada 90 días)		
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS HALF-UNIT PEN ^{EDS}	QL(90 cada 90 días)		
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	QL(12 cada 30 días)		
INSULIN GLARGINE (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN	PA,QL(9 cada 30 días)		
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{OTC}	QL(70 cada 30 días)		
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{OTC}	QL(70 cada 30 días)		
jantoven 1 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
enoxaparin 30 mg/0.3 ml subcutaneous syringe	QL(18 cada 30 días)		
enoxaparin 60 mg/0.6 ml subcutaneous syringe	QL(36 cada 30 días)		
jantoven 2 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
enoxaparin 80 mg/0.8 ml subcutaneous syringe	QL(48 cada 30 días)		
jantoven 2.5 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
enoxaparin 100 mg/ml subcutaneous syringe	QL(60 cada 30 días)		
enoxaparin 40 mg/0.4 ml subcutaneous syringe	QL(24 cada 30 días)		
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml injection solution			
enoxaparin 120 mg/0.8 ml subcutaneous syringe	QL(48 cada 30 días)		
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) injection cartridge			
heparin (porcine) 5,000 unit/ml injection syringe			
jantoven 3 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 4 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
heparin (porcine) 10,000 unit/ml injection solution			
warfarin 2.5 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
warfarin 3 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
XARELTO 10 MG TABLET			
PRADAXA 110 MG CAPSULE		8	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
warfarin 4 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
XARELTO 20 MG TABLET			
XARELTO 15 MG TABLET			
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/ml injection syringe			
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml injection syringe			
enoxaparin 300 mg/3 ml subcutaneous solution	QL(90 cada 30 días)		
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml injection solution			
warfarin 10 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
warfarin 7.5 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
PRADAXA 150 MG CAPSULE		8	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml injection solution			
warfarin 1 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
warfarin 5 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
PRADAXA 75 MG CAPSULE		8	
heparin (porcine) 1,000 unit/ml injection solution			
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml subcutaneous syringe			
jantoven 10 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
enoxaparin 150 mg/ml subcutaneous syringe	QL(60 cada 30 días)		
warfarin 6 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
XARELTO DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 15 MG(42)-20 MG(9) TABLET PACK			
XARELTO 2.5 MG TABLET			
heparin (porcine) 20,000 unit/ml injection solution			
ELIQUIS DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 5 MG (74 TABLETS) IN DOSE PACK	QL(74 cada 30 días)	18	
warfarin 2 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
ELIQUIS 5 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)	18	
jantoven 5 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 6 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 7.5 mg tablet ^{EDS}	QL(120 cada 30 días)		
anagrelide 0.5 mg capsule			
anagrelide 1 mg capsule			
LEUKINE 250 MCG SOLUTION FOR INJECTION			
RETACRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
RETACRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
RETACRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
RETACRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
RETACRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
ARANESP 10 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
EPOGEN 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
ARANESP 40 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	PA		
ARANESP 60 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	PA		
EPOGEN 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
EPOGEN 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
ARANESP 100 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	PA		
ARANESP 200 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	PA		
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE			
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE			
EPOGEN 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
ARANESP 25 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	PA		
ARANESP 150 MCG/0.3 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
ARANESP 500 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION			
EPOGEN 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
ARANESP 300 MCG/0.6 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
ARANESP 25 MCG/0.42 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
ARANESP 200 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
ARANESP 40 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
ARANESP 100 MCG/0.5 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
ARANESP 60 MCG/0.3 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
RETACRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION	PA		
RETACRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE			
aminocaproic acid 250 mg/ml (25 %) oral solution			
CYKLOKAPRON 1,000 MG/10 ML (100 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION			
tranexamic acid 650 mg tablet	QL(30 cada 28 días)		
tranexamic acid 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml) intravenous solution			
aminocaproic acid 500 mg tablet			
aminocaproic acid 1,000 mg tablet			
tranexamic acid 1,000 mg/100 ml(10 mg/ml)in sod chlor,iso iv piggyback			
aminocaproic acid 250 mg/ml intravenous solution			
aspirin 81 mg tablet,delayed release ^{OTC,EDS}	20		
BRILINTA 60 MG TABLET			
aspirin 25 mg-dipyridamole 200 mg capsule,ext.release 12 hr multiphase ^{EDS}			
adult aspirin regimen 81 mg tablet,delayed release ^{OTC,EDS}	20		
aspirin 81 mg chewable tablet ^{OTC,EDS}	20		
cilostazol 100 mg tablet ^{EDS}			
BRILINTA 90 MG TABLET			
clopidogrel 75 mg tablet ^{EDS}			
dipyridamole 25 mg tablet ^{EDS}			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
dipyridamole 50 mg tablet ^{EDS}			
dipyridamole 75 mg tablet ^{EDS}			
cilostazol 50 mg tablet ^{EDS}			
prasugrel 5 mg tablet ^{EDS}	QL(30 cada 30 días)		
prasugrel 10 mg tablet ^{EDS}	QL(30 cada 30 días)		
children's aspirin 81 mg chewable tablet ^{OTC,EDS}		20	
clonidine 0.1 mg/24 hr weekly transdermal patch	QL(8 cada 30 días)		
methyldopa 500 mg tablet ^{EDS}			
midodrine 5 mg tablet			
midodrine 2.5 mg tablet			
clonidine 0.3 mg/24 hr weekly transdermal patch	QL(8 cada 30 días)		
clonidine hcl 0.3 mg tablet ^{EDS}			
midodrine 10 mg tablet			
clonidine hcl 0.1 mg tablet ^{EDS}			
clonidine hcl 0.2 mg tablet ^{EDS}			
methyldopa 250 mg tablet ^{EDS}			
guanfacine 1 mg tablet ^{EDS}			
guanfacine 2 mg tablet ^{EDS}			
clonidine 0.2 mg/24 hr weekly transdermal patch	QL(8 cada 30 días)		
terazosin 1 mg capsule ^{EDS}			
terazosin 5 mg capsule ^{EDS}			
prazosin 5 mg capsule ^{EDS}			
doxazosin 4 mg tablet ^{EDS}			
terazosin 2 mg capsule ^{EDS}			
doxazosin 2 mg tablet ^{EDS}			
terazosin 10 mg capsule ^{EDS}			
prazosin 1 mg capsule ^{EDS}			
prazosin 2 mg capsule ^{EDS}			
doxazosin 1 mg tablet ^{EDS}			
doxazosin 8 mg tablet ^{EDS}			
valsartan 40 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)	1	
valsartan 80 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)	1	
losartan 25 mg tablet ^{EDS}			
telmisartan 40 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
irbesartan 75 mg tablet ^{EDS}			
losartan 100 mg tablet ^{EDS}			
losartan 50 mg tablet ^{EDS}			
irbesartan 150 mg tablet ^{EDS}			
irbesartan 300 mg tablet ^{EDS}			
olmesartan 40 mg tablet ^{EDS}			
olmesartan 20 mg tablet ^{EDS}			
valsartan 320 mg tablet ^{EDS}		1	
olmesartan 5 mg tablet ^{EDS}			
telmisartan 20 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
telmisartan 80 mg tablet ^{EDS}			
valsartan 160 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)	1	
benazepril 40 mg tablet ^{EDS}			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
lisinopril 5 mg tablet ^{EDS}			
quinapril 5 mg tablet ^{EDS}			
enalapril maleate 10 mg tablet ^{EDS}			
benazepril 5 mg tablet ^{EDS}			
quinapril 40 mg tablet ^{EDS}			
lisinopril 20 mg tablet ^{EDS}			
enalapril maleate 2.5 mg tablet ^{EDS}			
lisinopril 2.5 mg tablet ^{EDS}			
quinapril 20 mg tablet ^{EDS}			
enalapril maleate 5 mg tablet ^{EDS}			
lisinopril 30 mg tablet ^{EDS}			
lisinopril 40 mg tablet ^{EDS}			
enalapril maleate 20 mg tablet ^{EDS}			
ramipril 1.25 mg capsule ^{EDS}			
benazepril 20 mg tablet ^{EDS}			
ramipril 5 mg capsule ^{EDS}			
fosinopril 10 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
quinapril 10 mg tablet ^{EDS}			
fosinopril 40 mg tablet ^{EDS}			
fosinopril 20 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
ramipril 2.5 mg capsule ^{EDS}			
lisinopril 10 mg tablet ^{EDS}			
ramipril 10 mg capsule ^{EDS}			
benazepril 10 mg tablet ^{EDS}			
sotalol af 120 mg tablet ^{EDS}			
flecainide 150 mg tablet ^{EDS}			
flecainide 50 mg tablet ^{EDS}			
sotalol af 80 mg tablet ^{EDS}			
mexiletine 200 mg capsule ^{EDS}			
sotalol 160 mg tablet ^{EDS}			
sotalol af 160 mg tablet ^{EDS}			
sotalol 120 mg tablet ^{EDS}			
propafenone 225 mg tablet ^{EDS}			
sotalol 240 mg tablet ^{EDS}			
dofetilide 125 mcg capsule			
dofetilide 500 mcg capsule			
dofetilide 250 mcg capsule			
propafenone 150 mg tablet ^{EDS}			
amiodarone 200 mg tablet ^{EDS}			
sotalol 80 mg tablet ^{EDS}			
mexiletine 250 mg capsule ^{EDS}			
flecainide 100 mg tablet ^{EDS}			
amiodarone 100 mg tablet ^{EDS}			
propafenone 300 mg tablet ^{EDS}			
mexiletine 150 mg capsule ^{EDS}			
metoprolol succinate er 100 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
carvedilol phosphate er 40 mg capsule,ext.release24hr multiphase			
carvedilol phosphate er 20 mg capsule,ext.release24hr multiphase			
labetalol 300 mg tablet ^{EDS}	QL(240 cada 30 días)		
carvedilol phosphate er 10 mg capsule,ext.release24hr multiphase			
nadolol 80 mg tablet ^{EDS}			
propranolol 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral solution ^{EDS}			
metoprolol succinate er 25 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}			
propranolol 10 mg tablet ^{EDS}			
propranolol er 60 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}			
labetalol 100 mg tablet ^{EDS}	QL(240 cada 30 días)		
carvedilol 6.25 mg tablet ^{EDS}			
propranolol 40 mg tablet ^{EDS}			
nadolol 20 mg tablet ^{EDS}			
bisoprolol fumarate 5 mg tablet ^{EDS}			
carvedilol phosphate er 80 mg capsule,ext.release24hr multiphase			
acebutolol 200 mg capsule ^{EDS}			
propranolol 20 mg tablet ^{EDS}			
propranolol er 120 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}			
atenolol 50 mg tablet ^{EDS}			
nebivolol 20 mg tablet ^{EDS}			
metoprolol succinate er 50 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}			
nadolol 40 mg tablet ^{EDS}			
atenolol 100 mg tablet ^{EDS}			
atenolol 25 mg tablet ^{EDS}			
nebivolol 5 mg tablet ^{EDS}			
carvedilol 12.5 mg tablet ^{EDS}			
nebivolol 2.5 mg tablet ^{EDS}			
nebivolol 10 mg tablet ^{EDS}			
acebutolol 400 mg capsule ^{EDS}			
metoprolol tartrate 100 mg tablet ^{EDS}			
carvedilol 25 mg tablet ^{EDS}			
labetalol 200 mg tablet ^{EDS}	QL(240 cada 30 días)		
propranolol 60 mg tablet ^{EDS}			
metoprolol tartrate 50 mg tablet ^{EDS}			
bisoprolol fumarate 10 mg tablet ^{EDS}			
propranolol 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution ^{EDS}			
carvedilol 3.125 mg tablet ^{EDS}			
metoprolol succinate er 200 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}			
metoprolol tartrate 25 mg tablet ^{EDS}			
propranolol er 80 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
propranolol er 160 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}			
propranolol 80 mg tablet ^{EDS}			
nifedipine er 60 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}			
felodipine er 5 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}			
nimodipine 30 mg capsule ^{EDS}		18	
amlodipine 2.5 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
nifedipine er 30 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}			
nifedipine er 30 mg tablet,extended release ^{EDS}			
amlodipine 10 mg tablet ^{EDS}			
felodipine er 10 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}			
nifedipine er 60 mg tablet,extended release ^{EDS}			
nifedipine er 90 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}			
nifedipine er 90 mg tablet,extended release ^{EDS}			
felodipine er 2.5 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}			
nifedipine 20 mg capsule ^{EDS}			
nifedipine 10 mg capsule ^{EDS}			
amlodipine 5 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
diltiazem 30 mg tablet ^{EDS}			
diltiazem 90 mg tablet ^{EDS}			
diltiazem cd 300 mg capsule,extended release 24 hr ^{EDS}			
verapamil er 360 mg 24 hr capsule,extended release ^{EDS}			
verapamil 120 mg tablet ^{EDS}			
diltiazem er 60 mg capsule,extended release 12 hr ^{EDS}			
verapamil er 120 mg 24 hr capsule,extended release ^{EDS}			
verapamil er 180 mg 24 hr capsule,extended release ^{EDS}			
verapamil er (sr) 180 mg tablet,extended release ^{EDS}			
diltiazem cd 240 mg capsule,extended release 24 hr ^{EDS}			
diltiazem cd 180 mg capsule,extended release 24 hr ^{EDS}			
verapamil 40 mg tablet ^{EDS}			
diltiazem er 420 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}			
diltiazem er 120 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}			
diltiazem er (xr/xt) 240 mg capsule,extended release 24 hr, controlled ^{EDS}			
diltiazem 120 mg tablet ^{EDS}			
verapamil 80 mg tablet ^{EDS}			
diltiazem er 120 mg capsule,extended release 12 hr ^{EDS}			
diltiazem cd 120 mg capsule,extended release 24 hr ^{EDS}			
verapamil er (sr) 120 mg tablet,extended release ^{EDS}			
diltiazem er 180 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}			
diltiazem er 300 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}			
verapamil er 240 mg 24 hr capsule,extended release ^{EDS}			
diltiazem er 90 mg capsule,extended release 12 hr ^{EDS}			
diltiazem er 240 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}			
verapamil er (sr) 240 mg tablet,extended release ^{EDS}			
diltiazem cd 360 mg capsule,extended release 24 hr ^{EDS}			
diltiazem er 360 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
diltiazem er (xr/xt) 180 mg capsule,extended release 24 hr, controlled ^{EDS}			
diltiazem er (xr/xt) 120 mg capsule,extended release 24 hr, controlled ^{EDS}			
diltiazem 60 mg tablet ^{EDS}			
enalapril 10 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}			
methazolamide 25 mg tablet ^{EDS}			
bisoprolol 5 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet ^{EDS}			
dobutamine 250 mg/250 ml (1 mg/ml) in 5 % dextrose intravenous			
dobutamine 250 mg/20 ml (12.5 mg/ml) intravenous solution			
triamterene 37.5 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}			
telmisartan 80 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet			
amlodipine 5 mg-benazepril 10 mg capsule			
milrinone 40 mg/200 ml(200 mcg/ml) in 5 % dextrose intravenous piggybk			
milrinone 20 mg/100 ml(200 mcg/ml) in 5 % dextrose intravenous piggybk			
benazepril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}			
quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}			
quinapril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}			
milrinone 1 mg/ml intravenous solution			
lisinopril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}			
acetazolamide 125 mg tablet ^{EDS}			
telmisartan 80 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet			
telmisartan 40 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet			
dobutamine 1,000 mg/250 ml(4,000 mcg/ml) in 5 % dextrose iv			
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	1	
losartan 100 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}			
atenolol 50 mg-chlorthalidone 25 mg tablet ^{EDS}			
amlodipine 5 mg-benazepril 40 mg capsule			
atenolol 100 mg-chlorthalidone 25 mg tablet ^{EDS}			
ranolazine er 500 mg tablet,extended release,12 hr			
acetazolamide er 500 mg capsule,extended release ^{EDS}			
methazolamide 50 mg tablet ^{EDS}			
bisoprolol 10 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet ^{EDS}			
quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}			
amlodipine 10 mg-benazepril 40 mg capsule			
losartan 50 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}			
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	1	
lisinopril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}			
benazepril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}			
valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet			
valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet			
valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet			
digoxin 250 mcg (0.25 mg) tablet ^{EDS}			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet			
spironolactone 25 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}			
enalapril 5 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}			
irbesartan 300 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}			
ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	1	
amlodipine 10 mg-benazepril 20 mg capsule			
digoxin 50 mcg/ml (0.05 mg/ml) oral solution			
benazepril 5 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet ^{EDS}			
olmesartan 40 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}			
benazepril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}			
olmesartan 40 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}			
olmesartan 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}			
irbesartan 150 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}			
amlodipine 10 mg-olmesartan 40 mg tablet			
amlodipine 5 mg-olmesartan 40 mg tablet			
lisinopril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}			
losartan 100 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}			
amlodipine 10 mg-olmesartan 20 mg tablet			
amlodipine 5 mg-olmesartan 20 mg tablet			
ranolazine er 1,000 mg tablet,extended release,12 hr			
valsartan 80 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet			
amlodipine 10 mg-valsartan 320 mg tablet			
amlodipine 5 mg-valsartan 320 mg tablet			
bisoprolol 2.5 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet ^{EDS}			
amlodipine 10 mg-valsartan 160 mg tablet			
digoxin 125 mcg (0.125 mg) tablet ^{EDS}			
amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg tablet			
amlodipine 2.5 mg-benazepril 10 mg capsule			
triamterene 75 mg-hydrochlorothiazide 50 mg tablet ^{EDS}			
triamterene 37.5 mg-hydrochlorothiazide 25 mg capsule ^{EDS}			
acetazolamide 250 mg tablet ^{EDS}			
amiloride 5 mg-hydrochlorothiazide 50 mg tablet ^{EDS}			
dobutamine 500 mg/250 ml (2,000 mcg/ml) in 5 % dextrose iv			
amlodipine 5 mg-benazepril 20 mg capsule			
pentoxifylline er 400 mg tablet,extended release ^{EDS}			
bumetanide 0.5 mg tablet ^{EDS}			
furosemide 10 mg/ml injection syringe			
furosemide 40 mg tablet ^{EDS}			
furosemide 10 mg/ml injection solution ^{EDS}			
bumetanide 0.25 mg/ml injection solution			
torsemide 5 mg tablet ^{EDS}			
furosemide 20 mg tablet ^{EDS}			
furosemide 10 mg/ml oral solution			
torsemide 100 mg tablet ^{EDS}			
torsemide 10 mg tablet ^{EDS}			
furosemide 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral solution			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
furosemide 80 mg tablet ^{EDS}			
bumetanide 2 mg tablet ^{EDS}			
bumetanide 1 mg tablet ^{EDS}			
tosemide 20 mg tablet ^{EDS}			
eplerenone 25 mg tablet ^{EDS}			
eplerenone 50 mg tablet ^{EDS}			
spironolactone 25 mg tablet ^{EDS}			
spironolactone 50 mg tablet ^{EDS}			
spironolactone 100 mg tablet ^{EDS}			
amiloride 5 mg tablet ^{EDS}			
hydrochlorothiazide 50 mg tablet ^{EDS}			
indapamide 2.5 mg tablet ^{EDS}			
indapamide 1.25 mg tablet ^{EDS}			
hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}			
hydrochlorothiazide 12.5 mg capsule ^{EDS}			
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION		11	
chlorthalidone 25 mg tablet ^{EDS}			
metolazone 2.5 mg tablet ^{EDS}			
metolazone 10 mg tablet ^{EDS}			
chlorthalidone 50 mg tablet ^{EDS}			
metolazone 5 mg tablet ^{EDS}			
hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}			
fenofibrate micronized 134 mg capsule ^{EDS}			
fenofibrate nanocrystallized 48 mg tablet ^{EDS}			
fenofibrate nanocrystallized 145 mg tablet ^{EDS}			
gemfibrozil 600 mg tablet ^{EDS}			
fenofibrate 160 mg tablet ^{EDS}			
fenofibrate 54 mg tablet ^{EDS}			
fenofibrate micronized 67 mg capsule ^{EDS}			
fenofibrate micronized 200 mg capsule ^{EDS}			
rosuvastatin 5 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
rosuvastatin 10 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
rosuvastatin 20 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
rosuvastatin 40 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
simvastatin 40 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
pravastatin 10 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
atorvastatin 80 mg tablet ^{EDS}	QL(30 cada 30 días)		
atorvastatin 10 mg tablet ^{EDS}	QL(30 cada 30 días)		
simvastatin 20 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
pravastatin 80 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
atorvastatin 40 mg tablet ^{EDS}	QL(30 cada 30 días)		
lovastatin 10 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
lovastatin 40 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
pravastatin 20 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
simvastatin 5 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
atorvastatin 20 mg tablet ^{EDS}	QL(30 cada 30 días)		
lovastatin 20 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
simvastatin 10 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
simvastatin 80 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
pravastatin 40 mg tablet ^{EDS}	QL(60 cada 30 días)		
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE		18	
cholestyramine light 4 gram powder for susp in a packet			
cholestyramine (with sugar) 4 gram powder for susp in a packet ^{EDS}			
cholestyramine-aspartame 4 gram oral powder for susp in a packet			
cholestyramine (with sugar) 4 gram oral powder ^{EDS}			
colesevelam 625 mg tablet			
niacin er 500 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}			
PRALUENT PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(2 cada 28 días)	8	
PRALUENT PEN 75 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(2 cada 28 días)	8	
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(6 cada 28 días)	10	
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(6 cada 28 días)	10	
niacin er 1,000 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}			
niacin er 750 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}			
colestipol 1 gram tablet ^{EDS}			
omega-3 acid ethyl esters 1 gram capsule	QL(120 cada 30 días)	18	
ezetimibe 10 mg tablet ^{EDS}	QL(30 cada 30 días)	10	
cholestyramine light 4 gram oral powder			
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE		18	
minoxidil 2.5 mg tablet ^{EDS}			
minoxidil 10 mg tablet ^{EDS}			
hydralazine 25 mg tablet ^{EDS}			
hydralazine 100 mg tablet ^{EDS}			
hydralazine 10 mg tablet ^{EDS}			
hydralazine 50 mg tablet ^{EDS}			
isosorbide dinitrate 10 mg tablet ^{EDS}			
isosorbide dinitrate 20 mg tablet ^{EDS}			
isosorbide mononitrate er 30 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}			
nitroglycerin 0.4 mg/hr transdermal 24 hour patch	QL(30 cada 30 días)		
nitroglycerin 0.6 mg/hr transdermal 24 hour patch	QL(30 cada 30 días)		
isosorbide dinitrate 30 mg tablet ^{EDS}			
isosorbide dinitrate 40 mg tablet ^{EDS}			
isosorbide mononitrate 20 mg tablet ^{EDS}			
isosorbide mononitrate 10 mg tablet ^{EDS}			
isosorbide mononitrate er 60 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}			
nitroglycerin 0.1 mg/hr transdermal 24 hour patch	QL(30 cada 30 días)		
nitroglycerin 0.6 mg sublingual tablet ^{EDS}	QL(400 cada 25 días)		
nitroglycerin 0.4 mg sublingual tablet ^{EDS}	QL(400 cada 25 días)		
isosorbide dinitrate 5 mg tablet ^{EDS}			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
isosorbide mononitrate er 120 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
nitroglycerin 0.3 mg sublingual tablet EDS	QL(400 cada 25 días)		
nitroglycerin 0.2 mg/hr transdermal 24 hour patch	QL(30 cada 30 días)		
dextroamphetamine-amphetamine 12.5 mg tablet		3	
dextroamphetamine-amphetamine er 30 mg 24hr capsule,extend release		6	
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg tablet		3	
VYVANSE 10 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
dextroamphetamine-amphetamine 7.5 mg tablet		3	
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg tablet		3	
VYVANSE 60 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
dextroamphetamine-amphetamine 15 mg tablet		3	
dextroamphetamine-amphetamine 5 mg tablet		3	
ADDERALL XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg tablet		3	
dextroamphetamine-amphetamine er 20 mg 24hr capsule,extend release		6	
VYVANSE 20 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
dextroamphetamine-amphetamine er 5 mg 24hr capsule,extend release		6	
ADDERALL XR 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
ADDERALL XR 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
dextroamphetamine-amphetamine er 10 mg 24hr capsule,extend release		6	
VYVANSE 40 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
dextroamphetamine sulfate 10 mg tablet		3	
dextroamphetamine sulfate 5 mg tablet		3	
ADDERALL XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
dextroamphetamine-amphetamine er 15 mg 24hr capsule,extend release		6	
dextroamphetamine-amphetamine er 25 mg 24hr capsule,extend release		6	
ADDERALL XR 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
ADDERALL XR 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
VYVANSE 70 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
VYVANSE 50 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
VYVANSE 30 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
FOCALIN XR 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	6	
methylphenidate er 18 mg tablet,extended release 24 hr		6	
methylphenidate 10 mg tablet			
methylphenidate cd 30 mg biphasic 30-70 capsule,extended release		6	
atomoxetine 40 mg capsule		6	
atomoxetine 60 mg capsule		6	
methylphenidate er 36 mg tablet,extended release 24 hr		6	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
methylphenidate cd 20 mg biphasic 30-70 capsule,extended release		6	
DAYTRANA 20 MG/9 HR DAILY PATCH		6	
methylphenidate er 20 mg tablet,extended release		6	
clonidine hcl er 0.1 mg tablet,extended release,12 hr		6	
dexmethylphenidate 10 mg tablet			
methylphenidate cd 10 mg biphasic 30-70 capsule,extended release		6	
DAYTRANA 15 MG/9 HR DAILY PATCH		6	
atomoxetine 25 mg capsule		6	
atomoxetine 18 mg capsule		6	
dexmethylphenidate 2.5 mg tablet			
atomoxetine 10 mg capsule		6	
DAYTRANA 30 MG/9 HR DAILY PATCH		6	
methylphenidate 5 mg tablet			
methylphenidate 10 mg/5 ml oral solution			
JORNAY PM 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
FOCALIN XR 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
JORNAY PM 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
JORNAY PM 60 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
dexmethylphenidate er 15 mg capsule,extended release biphasic50-50	QL(30 cada 30 días)	6	
dexmethylphenidate er 30 mg capsule,extended release biphasic50-50		6	
dexmethylphenidate er 40 mg capsule,extended release biphasic50-50		6	
FOCALIN XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
guanfacine er 3 mg tablet,extended release 24 hr			
guanfacine er 1 mg tablet,extended release 24 hr			
JORNAY PM 80 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
JORNAY PM 100 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
methylphenidate er 10 mg tablet,extended release		6	
guanfacine er 2 mg tablet,extended release 24 hr			
methylphenidate 20 mg tablet			
CONCERTA 18 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		6	
methylphenidate 5 mg/5 ml oral solution			
dexmethylphenidate er 10 mg capsule,extended release biphasic50-50	QL(30 cada 30 días)	6	
dexmethylphenidate er 35 mg capsule,extended release biphasic50-50		6	
dexmethylphenidate er 25 mg capsule,extended release biphasic50-50		6	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
FOCALIN XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
methylphenidate cd 40 mg biphasic 30-70 capsule,extended release		6	
QELBREE 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	PA,QL(60 cada 30 días)	6	
atomoxetine 100 mg capsule		6	
CONCERTA 36 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		6	
methylphenidate er 54 mg tablet,extended release 24 hr		6	
QELBREE 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	PA,QL(90 cada 30 días)	6	
dexmethylphenidate er 5 mg capsule,extended release biphasic50-50	QL(30 cada 30 días)	6	
FOCALIN XR 35 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
QELBREE 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	PA,QL(60 cada 30 días)	6	
dexmethylphenidate 5 mg tablet			
methylphenidate cd 60 mg biphasic 30-70 capsule,extended release		6	
DAYTRANA 10 MG/9 HR DAILY PATCH		6	
FOCALIN XR 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	6	
CONCERTA 54 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		6	
methylphenidate cd 50 mg biphasic 30-70 capsule,extended release		6	
FOCALIN XR 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	6	
dexmethylphenidate er 20 mg capsule,extended release biphasic50-50	QL(30 cada 30 días)	6	
methylphenidate er 27 mg tablet,extended release 24 hr		6	
atomoxetine 80 mg capsule		6	
CONCERTA 27 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		6	
FOCALIN XR 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	6	
guanfacine er 4 mg tablet,extended release 24 hr			
NUEDEXTA 20 MG-10 MG CAPSULE		18	
AUSTEDO 9 MG TABLET	PA,QL(120 cada 30 días)	18	
AUSTEDO XR 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
AUSTEDO XR 36 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
INGREZZA 80 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
riluzole 50 mg tablet			
AUSTEDO XR 42 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
AUSTEDO 12 MG TABLET	PA,QL(120 cada 30 días)	18	
INGREZZA 40 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
tetrabenazine 12.5 mg tablet	PA,QL(90 cada 30 días)	18	
INGREZZA 60 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
tetrabenazine 25 mg tablet	PA,QL(120 cada 30 días)	18	
AUSTEDO 6 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
AUSTEDO XR 48 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
AUSTEDO XR 18 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
AUSTEDO XR 6 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
AUSTEDO XR 12 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
AUSTEDO XR 24 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
pregabalin 300 mg capsule	PA,QL(60 cada 30 días)		
pregabalin 225 mg capsule	PA,QL(60 cada 30 días)		
pregabalin 200 mg capsule	PA,QL(90 cada 30 días)		
pregabalin 150 mg capsule	PA,QL(120 cada 30 días)		
pregabalin 100 mg capsule	PA,QL(180 cada 30 días)		
pregabalin 75 mg capsule	PA,QL(240 cada 30 días)		
pregabalin 50 mg capsule	PA,QL(360 cada 30 días)		
pregabalin 25 mg capsule	PA,QL(720 cada 30 días)		
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR		18	
fingolimod 0.5 mg capsule	QL(30 cada 30 días)	10	
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR PEN KIT	QL(4 cada 28 días)	18	
teriflunomide 7 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
teriflunomide 14 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	QL(30 cada 30 días)	18	
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	QL(4 cada 28 días)	18	
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(14 cada 28 días)	18	
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	QL(4 cada 28 días)	18	
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT	QL(14 cada 28 días)	18	
dimethyl fumarate 240 mg capsule,delayed release	QL(60 cada 30 días)	18	
dalfampridine er 10 mg tablet,extended release,12 hr	QL(60 cada 30 días)	18	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
dimethyl fumarate 120 mg (14)-240 mg (46) capsule,delayed release	QL(60 cada 30 días)	18	
dimethyl fumarate 120 mg capsule,delayed release	QL(60 cada 30 días)	18	
triamcinolone acetonide 0.1 % dental paste			
chlorhexidine gluconate 0.12 % mouthwash			
pilocarpine 5 mg tablet			
pilocarpine 7.5 mg tablet			
acitretin 25 mg capsule		18	
DIFFERIN 0.1 % LOTION		12	
erythromycin-benzoyl peroxide 3 %-5 % topical gel		12	
myorisan 30 mg capsule		12	
isotretinoin 20 mg capsule		12	
zenatane 40 mg capsule		12	
FINACEA 15 % TOPICAL GEL			
myorisan 20 mg capsule		12	
RETIN-A 0.05 % TOPICAL CREAM		12	
claravis 30 mg capsule		12	
isotretinoin 30 mg capsule		12	
isotretinoin 35 mg capsule		12	
azelaic acid 15 % topical gel			
zenatane 20 mg capsule		12	
claravis 10 mg capsule		12	
isotretinoin 40 mg capsule		12	
zenatane 30 mg capsule		12	
amnesteem 10 mg capsule		12	
myorisan 40 mg capsule		12	
adapalene 0.1 %-benzoyl peroxide 2.5 % topical gel with pump		9	
RETIN-A 0.1 % TOPICAL CREAM		12	
zenatane 10 mg capsule		12	
acitretin 17.5 mg capsule		18	
amnesteem 20 mg capsule		12	
clindamycin 1.2 % (1 % base)-benzoyl peroxide 5 % topical gel		12	
amnesteem 40 mg capsule		12	
DIFFERIN 0.1 % TOPICAL CREAM		12	
isotretinoin 25 mg capsule		12	
RETIN-A 0.025 % TOPICAL CREAM		12	
claravis 40 mg capsule		12	
myorisan 10 mg capsule		12	
claravis 20 mg capsule		12	
isotretinoin 10 mg capsule		12	
acitretin 10 mg capsule		18	
hydrocortisone 1 % topical cream			
betamethasone, augmented 0.05 % topical cream			
mometasone 0.1 % topical cream			
fluticasone propionate 0.005 % topical ointment			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL 0.01 %			
betamethasone valerate 0.1 % topical cream			
hydrocortisone 5 mg tablet ^{EDS}			
clobetasol 0.05 % topical ointment			
hydrocortisone 10 mg tablet ^{EDS}			
ZONALON 5 % TOPICAL CREAM	PA,QL(90 cada 30 días)	18	
proctozone-hc 2.5 % topical cream perineal applicator			
PROTOPIC 0.1 % TOPICAL OINTMENT	QL(100 cada 30 días)	16	
clobetasol 0.05 % scalp solution			
tacrolimus 0.1 % topical ointment	QL(100 cada 30 días)	16	
hydrocortisone 1 % topical cream with perineal applicator			
ammonium lactate 12 % topical cream			
fluticasone propionate 0.05 % topical cream			
ammonium lactate 12 % lotion			
hydrocortisone 1 % topical ointment			
hydrocortisone 2.5 % topical cream			
clobetasol 0.05 % topical cream			
betamethasone valerate 0.1 % topical ointment			
hydrocortisone 20 mg tablet ^{EDS}			
proctosol hc 2.5 % topical cream perineal applicator			
mometasone 0.1 % topical solution			
mometasone 0.1 % topical ointment			
selenium sulfide 2.25 % shampoo			
DERMA-SMOOTH/FS BODY OIL 0.01 %			
pimecrolimus 1 % topical cream	QL(100 cada 30 días)		
halobetasol propionate 0.05 % topical cream			
ELIDEL 1 % TOPICAL CREAM	QL(100 cada 30 días)		
procto-med hc 2.5 % topical cream perineal applicator			
PROTOPIC 0.03 % TOPICAL OINTMENT	QL(100 cada 30 días)		
EUCRISA 2 % TOPICAL OINTMENT	PA,QL(60 cada 30 días)		
anusol-hc 2.5 % topical cream with perineal applicator			
selenium sulfide 2.5 % lotion			
tacrolimus 0.03 % topical ointment	QL(100 cada 30 días)		
doxepin 5 % topical cream	PA,QL(90 cada 30 días)	18	
hydrocortisone 2.5 % topical ointment			
hydrocortisone 2.5 % topical cream with perineal applicator			
fluorouracil 5 % topical solution			
EFUDEX 5 % TOPICAL CREAM			
silver sulfadiazine 1 % topical cream			
OTEZLA 20 MG TABLET	PA		
calcipotriene 0.005 % topical ointment	PA,QL(120 cada 30 días)	18	
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (51) TABLETS IN A DOSE PACK	PA		

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
diclofenac 3 % topical gel	PA,QL(200 cada 30 días)	18	
calcipotriene 0.005 % topical cream	PA,QL(120 cada 30 días)	18	
OTEZLA 30 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	6	
fluorouracil 2 % topical solution			
imiquimod 5 % topical cream packet	QL(24 cada 112 días)	12	
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(47) TABLETS IN A DOSE PACK	PA,QL(55 cada 365 días)	6	
calcipotriene 0.005 % scalp solution	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
podofilox 0.5 % topical solution			
lice treatment (permethrin) 1 % topical liquid OTC			
permethrin 5 % topical cream			
NATROBA 0.9 % TOPICAL SUSPENSION			
lice treatment 1 % topical liquid OTC			
clindamycin phosphate 1 % topical swab		12	
mupirocin 2 % topical ointment	QL(44 cada 30 días)		
clindamycin 1 % topical gel	QL(120 cada 30 días)	12	
clindamycin phosphate 1 % topical solution	QL(120 cada 30 días)	12	
potassium chloride 40 meq/l in dextrose 5 %-0.45 % sodium chloride iv			
manganese chloride 0.1 mg/ml intravenous solution			
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION			
HYPERLYTE CR 25 MEQ-20 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
CARBAGLU 200 MG DISPERSIBLE TABLET	PA		
potassium chloride 40 meq/100ml in sterile water intravenous piggyback			
potassium chloride 30 meq/l in 5 % dextrose intravenous solution			
potassium chloride 20 meq/l in d5-0.9 % sodium chloride intravenous			
potassium chloride 20 meq/l in 0.9 % sodium chloride intravenous			
centratex 106 mg iron-1 mg capsule OTC			
K-PHOS-NEUTRAL 250 MG TABLET OTC			
calcium-600 600 mg (as calcium carbonate 1,500 mg) tablet OTC			
potassium chloride 40 meq/15 ml oral liquid			
TPN ELECTROLYTES II 18 MEQ-18 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
potassium chloride 30 meq/100ml in sterile water intravenous piggyback			
sodium acetate 2 meq/ml intravenous solution			
sodium fluoride 1.1 % dental gel			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) injection solution			
potassium acetate 2 meq/ml intravenous solution			
potassium chloride er 8 meq capsule,extended release			
calcium 500 mg/5 ml (as calcium carb 1,250 mg/5 ml) oral suspension ^{OTC}			
chromium chloride 4 mcg/ml intravenous solution			
magnesium chloride 200 mg/ml (20 %) injection solution			
FERRLECIT 62.5 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION		6	
calcium 500 mg (as calcium carbonate 1,250 mg) tablet ^{OTC}			
TPN ELECTROLYTES 35 MEQ-20 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
electrolyte-48 in d5w intravenous solution			
phospha neutral 250 mg tablet ^{OTC}			
K-PHOS NO 2 305 MG-700 MG TABLET IONOSOL-B IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION			
potassium chloride 20 meq/l-lactated ringers-5 % dextrose intravenous			
sodium fluoride 0.2 % dental solution			
potassium chloride 10 meq/l in dextrose 5 %-0.2 % sodium chloride iv			
klor-con/ef 25 meq effervescent tablet KLOR-CON 10 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE			
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION			
potassium chloride 20 meq/l in dextrose 5 %-0.3 % sodium chloride iv			
potassium chloride 10 meq/l in 5 % dextrose intravenous solution			
potassium citrate er 5 meq (540 mg) tablet,extended release NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION			
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) intravenous solution			
potassium chloride 10 meq/100ml in sterile water intravenous piggyback			
oyster shell calcium-500 500 mg (as carbonate 1,250 mg) tablet ^{OTC}			
sodium chloride 0.45 % intravenous solution			
potassium chloride 40 meq/l in dextrose 5 %-0.2 % sodium chloride iv			
ringer's intravenous solution			
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg/ml injection solution			
potassium chloride 20 meq oral packet			
lactated ringers intravenous solution			
potassium chloride er 8 meq tablet,extended release ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION			
potassium chloride 40 meq/l in 0.9 % sodium chloride intravenous			
potassium chloride er 10 meq tablet,extended release(part/cryst)			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
klor-con m10 meq tablet,extended release			
sodium chloride 0.9 % injection solution			
potassium chloride 40 meq/l in d5-0.9 % sodium chloride intravenous			
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION			
klor-con m20 meq tablet,extended release			
calcium 600 mg (as calcium carbonate 1,500 mg) tablet ^{OTC}			
potassium chloride er 20 meq tablet,extended release			
KLOR-CON 8 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE			
potassium citrate er 10 meq (1,080 mg) tablet,extended release			
sodium chloride 2.5 meq/ml intravenous solution			
sodium acetate 4 meq/ml intravenous solution			
sodium bicarbonate 4.2 % intravenous solution			
potassium chloride er 10 meq capsule,extended release			
calcium acetate 667 mg tablet ^{OTC}			
KLOR-CON M15 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE			
sodium bicarbonate 1 meq/ml (8.4 %) intravenous solution			
potassium chloride er 15 meq tablet,extended release(part/crust)			
potassium chloride 30 meq/l in dextrose 5 %-0.45 % sodium chloride iv			
sodium ferric gluconate complex in sucrose 62.5 mg/5 ml intravenous		6	
magnesium sulfate 4 gram/100 ml (4 %) in water intravenous piggyback			
ORACIT 490 MG-640 MG/5 ML ORAL SOLUTION			
effer-k 25 meq effervescent tablet			
potassium chloride 20 meq/15 ml oral liquid			
potassium chloride 2 meq/ml intravenous solution			
sodium phosphate 3 mmol/ml intravenous solution			
potassium chloride er 20 meq tablet,extended release(part/crust)			
sodium chloride 5 % hypertonic intravenous solution			
sodium fluoride 1.1 %-potassium nitrate 5 % dental paste			
potassium chloride 20 meq/l in 0.45 % sodium chloride intravenous soln			
calcium gluconate 100 mg/ml (10 %) intravenous solution			
EFFER-K 10 MEQ EFFERVESCENT TABLET			
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml oral solution			
sodium fluoride 1.1 % dental paste			
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION			
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION			
levocarnitine 330 mg tablet			
magnesium sulfate 4 gram/50 ml (8 %) in water intravenous piggyback			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
potassium chloride 30 meq/l in dextrose 5 %-0.2 % sodium chloride iv			
potassium chloride 20 meq/l in dextrose 5 %-0.45 % sodium chloride iv			
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION			
potassium chloride 20 meq/l in dextrose 5 %-0.2 % sodium chloride iv			
potassium chloride 20 meq/100ml in sterile water intravenous piggyback			
magnesium sulfate 20 gram/500 ml (4 %) in water intravenous solution			
oyster shell calcium 500 mg (as calcium carbonate 1,250 mg) tablet ^{OTC}			
sodium fluoride 1.1 % dental cream			
klor-con 20 meq oral packet			
MULTITRACE-4 PEDIATRIC 1 MCG-0.1 MG-25 MCG-1 MG/ML INTRAVENOUS SOLN			
copper chloride 0.4 mg/ml intravenous solution			
potassium chloride 20 meq/50 ml in sterile water intravenous piggyback			
sodium chloride 3 % hypertonic intravenous injection solution			
sodium chloride 0.9 % intravenous solution			
potassium phos-mono-dibasic 3 mmol/ml (4.7 meq potassium/ml) iv soln			
potassium chloride 10 meq/l in dextrose 5 %-0.45 % sodium chloride iv			
zinc sulfate 1 mg/ml intravenous solution			
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION			
sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback			
selenium 40 mcg/ml intravenous solution			
levocarnitine 200 mg/ml intravenous solution			
phospho-trin k500 500 mg soluble tablet ^{OTC}			
potassium phosphates-mbasic and dibasic 3 mmol/ml intravenous solution			
K-PHOS ORIGINAL 500 MG SOLUBLE TABLET			
potassium citrate er 15 meq (1,620 mg) tablet,extended release			
sodium citrate-citric acid 490 mg-640 mg/5 ml oral solution			
potassium chloride 20 meq/l in 5 % dextrose intravenous solution			
purevit dualfe plus 162 mg-115.2 mg (106 mg)-1 mg capsule ^{OTC}			
sodium chloride 0.9 %, bacteriostatic injection solution			
sodium chloride 4 meq/ml intravenous solution			
zinc chloride 1 mg/ml intravenous solution			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
potassium chloride 10 meq/50 ml in sterile water intravenous piggyback			
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION			
cupric chloride 0.4 mg/ml intravenous solution			
potassium chloride er 10 meq tablet,extended release			
zinc sulfate 3 mg/ml intravenous solution			
zinc sulfate 5 mg/ml intravenous solution			
EFFER-K 20 MEQ EFFERVESCENT TABLET			
multitrace-4 concentrate 10 mg-1 mg-0.5 mg-5 mg/ml intravenous soln			
potassium chloride 40 meq/l-lactated ringers-5 % dextrose intravenous			
NEONATAL FE 90 MG-120 MG-12 MCG-1,000 MCG TABLET		12	
se-tan plus 162 mg-115.2 mg (106 mg)-1 mg capsule ^{OTC}			
multitrace-4 neonatal 0.85 mcg-0.1 mg-25 mcg-1.5 mg/ml intravenous			
magnesium sulfate 40 gram/1,000 ml (4 %) in water intravenous solution			
deferoxamine 2 gram solution for injection			
deferasirox 90 mg tablet		2	
deferasirox 180 mg tablet		2	
deferasirox 360 mg tablet		2	
deferoxamine 500 mg solution for injection			
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback			
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous solution			
CLINIMIX E 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
PROSOL 20 % INTRAVENOUS SOLUTION			
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN II 7 % INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN-RF 5.2 % INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX 5 % IN 20 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION			
dextrose 5 % and lactated ringers intravenous solution			
CLINIMIX E 5 % IN 20 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN II 15 % INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN II 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION			
dextrose 10 % in water (d10w) intravenous solution			
dextrose 10 % and 0.2 % sodium chloride intravenous solution			
KABIVEN 3.31 %-10.8 %-3.9 % INTRAVENOUS EMULSION			
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous syringe			
CLINIMIX E 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
dextrose 40 % in water (d40w) intravenous solution			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN-PF 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX 8 % IN 10 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX 6 % IN 5 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION			
PERIKABIVEN 2.36 %-7.5 %-3.5 % INTRAVENOUS EMULSION			
AMINOSYN 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION			
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
NUTRILIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION			
dextrose 20 % in water (d20w) intravenous solution			
dextrose 70 % in water (d70w) intravenous solution			
INTRALIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION			
PREMASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX E 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN M 3.5 % INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINISOL SF 15 % INTRAVENOUS SOLUTION			
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous solution			
CLINIMIX E 8 % IN 14 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX E 2.75 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX 8 % IN 14 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX E 8 % IN 10 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
dextrose 2.5 % and 0.45 % sodium chloride intravenous solution			
AMINOSYN 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION			
dextrose 10 % and 0.45 % sodium chloride intravenous solution			
AMINOSYN II 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION			
dextrose 25 % in water (d25w) intravenous syringe			
INTRALIPID 30 % INTRAVENOUS EMULSION			
dextrose 30 % in water (d30w) intravenous solution			
AMINOSYN II 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
dextrose 5% and 0.3 % sodium chloride intravenous solution			
dextrose 5 % and 0.2 % sodium chloride intravenous solution			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
CLINIMIX 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
dextrose 5 % and 0.45 % sodium chloride intravenous solution			
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION			
dextrose 5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous solution			
RENELA 800 MG TABLET			
sevelamer carbonate 800 mg tablet			
sevelamer carbonate 0.8 gram oral powder packet		11	
sevelamer carbonate 2.4 gram oral powder packet		11	
RENELA 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET		11	
RENELA 0.8 GRAM ORAL POWDER PACKET		11	
calcium acetate 668 mg (169 mg calcium) tablet ^{OTC}		20	
VELTASSA 25.2 GRAM ORAL POWDER PACKET		12	
kionex (with sorbitol) 15 gram-20 gram/60 ml oral suspension			
LOKELMA 5 GRAM ORAL POWDER PACKET		18	
LOKELMA 10 GRAM ORAL POWDER PACKET		18	
SPS (WITH SORBITOL) 15 GRAM-20 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION			
VELTASSA 16.8 GRAM ORAL POWDER PACKET		12	
VELTASSA 8.4 GRAM ORAL POWDER PACKET		12	
sodium polystyrene sulfonate oral powder			
SPS (WITH SORBITOL) 30 GRAM-40 GRAM/120 ML ENEMA			
SE-NATAL-19 29 MG IRON-1 MG TABLET		12	
VITAFOL FE PLUS 90 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE		12	
VITAFOL-OB 65 MG-1 MG TABLET		12	
elite-ob 50 mg iron-1.25 mg tablet		12	
westab plus 27 mg iron-1 mg tablet		12	
VITAFOL ULTRA 29 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE		12	
VITAFOL GUMMIES 3.33 MG IRON-0.33 MG CHEWABLE TABLET		12	
se-natal 19 chewable 29 mg iron-1 mg tablet		12	
VITAFOL-ONE 29 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE		12	
VITAFOL-OB+DHA 65 MG-1 MG-250 MG ORAL PACK		12	
m-natal plus 27 mg iron-1 mg tablet		12	
taron-c dha 35 mg-1 mg-200 mg capsule		12	
folivane-ob 85 mg-1 mg capsule		12	
SELECT-OB + DHA 29 MG IRON-1 MG-250 MG ORAL PACK		12	
complete natal dha 29 mg iron-1 mg-200 mg oral pack		12	
thrivate rx 29 mg iron-1 mg tablet		12	
prenatal vitamins plus low iron 27 mg iron-1 mg tablet		12	
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA,QL(18 cada 30 días)	18	
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(12 cada 30 días)	18	
LINZESS 145 MCG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(18 cada 30 días)	18	
lactulose 20 gram/30 ml oral solution	QL(5400 cada 30 días)		
laxative peg 3350 17 gram/dose oral powder ^{OTC}		20	
TRULANCE 3 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
LINZESS 72 MCG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
lactulose 10 gram/15 ml (15 ml) oral solution	QL(5400 cada 30 días)		
clearlax 17 gram/dose oral powder ^{OTC}		20	
LINZESS 290 MCG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
polyethylene glycol 3350 17 gram/dose oral powder ^{OTC}		20	
lubiprostone 24 mcg capsule	PA	18	
lubiprostone 8 mcg capsule	PA	18	
lactulose 10 gram/15 ml oral solution	QL(5400 cada 30 días)		
MOVANTIK 12.5 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
polyethylene glycol 3350 17 gram oral powder packet ^{OTC}		20	
MOVANTIK 25 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
diphenoxylate-atropine 2.5 mg-0.025 mg tablet			
loperamide 2 mg capsule	QL(240 cada 30 días)	2	
dicyclomine 20 mg tablet			
glycopyrrolate 1 mg tablet			
dicyclomine 10 mg/5 ml oral solution			
glycopyrrolate 2 mg tablet			
glycopyrrolate 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml) oral solution		3	16
dicyclomine 10 mg capsule			
PYLERA 140 MG-125 MG-125 MG CAPSULE		18	
ultra strength antacid 400 mg (calcium carb 1,000 mg) chewable tablet ^{OTC}			
calcium antacid 300 mg (as calcium carbonate 750 mg) chewable tablet ^{OTC}			
calcium antacid 320 mg (as calcium carbonate 750 mg) chewable tablet ^{OTC}			
ursodiol 300 mg capsule			
hyoscyamine 0.125 mg/5 ml oral elixir			
GOLYTELY 236 GRAM-22.74 GRAM-6.74 GRAM-5.86 GRAM ORAL SOLUTION			
antacid extra-strength 300 mg (as calcium carb 750 mg) chewable tablet ^{OTC}			
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM-12 GRAM/160 ML ORAL SOLUTION		9	
antacid calcium 215 mg (as calcium carbonate 500 mg) chewable tablet ^{OTC}			
MOVIPREP 100 GRAM-7.5 GRAM-2.691 GRAM ORAL POWDER PACKET		18	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
cal-gest antacid 200 mg (as calcium carbonate 500 mg) chewable tablet ^{OTC}			
calcium 260 mg (as calcium carbonate 648 mg) tablet ^{OTC}			
ENDARI 5 GRAM ORAL POWDER PACKET	PA,QL(180 cada 30 días)	5	
smooth antacid 300 mg (as calcium carbonate 750 mg) chewable tablet ^{OTC}			
antacid 215 mg (as calcium carbonate 500 mg) chewable tablet ^{OTC}			
antacid extra strength 300 mg (as calcium carb 750 mg) chewable tablet ^{OTC}			
hyoscyamine sulfate 0.125 mg tablet			
calcium antacid 200 mg (as calcium carbonate 500 mg) chewable tablet ^{OTC}			
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM-12 GRAM/175 ML ORAL SOLUTION		9	
hyoscyamine 0.125 mg disintegrating tablet			
peg-electrolyte solution 420 gram oral solution			
antacid 200 mg (as calcium carbonate 500 mg) chewable tablet ^{OTC}			
peg 3350-electrolytes 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram solution			
antacid ultra strength 400 mg (calcium carb 1,000 mg) chewable tablet ^{OTC}			
ursodiol 250 mg tablet			
hyoscyamine er 0.375 mg tablet,extended release,12 hr			
calcium antacid 400 mg (as carbonate 1,000 mg) chewable tablet ^{OTC}			
ursodiol 500 mg tablet			
hyoscyamine 0.125 mg sublingual tablet			
famotidine 40 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
famotidine 10 mg/ml intravenous solution			
famotidine (pf) 20 mg/50 ml in 0.9 % nacl (iso) intravenous piggyback			
famotidine (pf) 20 mg/2 ml intravenous solution			
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral suspension		11	
famotidine 20 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
CARAFATE 100 MG/ML ORAL SUSPENSION			
misoprostol 200 mcg tablet			
CARAFATE 1 GRAM TABLET			
sucralfate 100 mg/ml oral suspension			
misoprostol 100 mcg tablet			
ZEGERID 20 MG-1.1 GRAM CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	18	
ZEGERID 20 MG-1,680 MG ORAL PACKET	QL(30 cada 30 días)	18	
NEXIUM PACKET 40 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	QL(30 cada 30 días)		11
NEXIUM PACKET 20 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	QL(30 cada 30 días)		11

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
lansoprazole 30 mg capsule,delayed release	QL(90 cada 30 días)	1	
esomeprazole magnesium 40 mg capsule,delayed release	QL(30 cada 30 días)		
omeprazole 40 mg capsule,delayed release	QL(30 cada 30 días)	1	
ZEGERID 40 MG-1,680 MG ORAL PACKET	QL(30 cada 30 días)	18	
lansoprazole 15 mg capsule,delayed release	QL(90 cada 30 días)	1	
lansoprazole 15 mg capsule,delayed release ^{OTC}	QL(90 cada 30 días)	1	
ZEGERID 40 MG-1.1 GRAM CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	18	
lansoprazole 30 mg delayed release,disintegrating tablet	QL(90 cada 30 días)	1	11
lansoprazole 15 mg delayed release,disintegrating tablet ^{OTC}	QL(90 cada 30 días)	1	11
omeprazole 10 mg capsule,delayed release	QL(30 cada 30 días)	1	
PROTONIX 40 MG GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET	QL(30 cada 30 días)	5	11
NEXIUM PACKET 2.5 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	QL(30 cada 30 días)		11
lansoprazole 15 mg delayed release,disintegrating tablet	QL(90 cada 30 días)	1	11
PREVACID SOLUTAB 15 MG DELAYED RELEASE,DISINTEGRATING TABLET	QL(90 cada 30 días)	1	11
PREVACID SOLUTAB 30 MG DELAYED RELEASE,DISINTEGRATING TABLET	QL(90 cada 30 días)	1	11
pantoprazole 20 mg tablet,delayed release	QL(30 cada 30 días)	5	
NEXIUM PACKET 10 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	QL(30 cada 30 días)		11
omeprazole 20 mg capsule,delayed release	QL(30 cada 30 días)	1	
pantoprazole 40 mg tablet,delayed release	QL(60 cada 30 días)	5	
DEXILANT 30 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	12	
DEXILANT 60 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	12	
esomeprazole magnesium 20 mg capsule,delayed release ^{OTC}	QL(30 cada 30 días)		
esomeprazole magnesium 20 mg capsule,delayed release	QL(30 cada 30 días)		
NEXIUM PACKET 5 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	QL(30 cada 30 días)		11
PANCREAZE 16,800 UNIT-56,800 UNIT-98,400 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
PANCREAZE 10,500 UNIT-35,500 UNIT-61,500 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
PERTZYE 8,000 UNIT-28,750 UNIT-30,250 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
CREON 24,000-76,000-120,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
PERTZYE 16,000 UNIT-57,500 UNIT-60,500 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
ZENPEP 25,000 UNIT-79,000 UNIT-105,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
CREON 12,000-38,000-60,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
ZENPEP 5,000 UNIT-17,000 UNIT-24,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
CREON 6,000-19,000-30,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
PHEBURANE 483 MG/GRAM ORAL GRANULES	PA		
ARALAST NP 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION	PA	18	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
ARALAST NP 1,000 MG INTRAVENOUS SOLUTION	PA	18	
CYSTAGON 50 MG CAPSULE			
PERTZYE 24,000-86,250-90,750 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
ZENPEP 15,000 UNIT-47,000 UNIT-63,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
PANCREAZE 37,000-97,300-149,900 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
PANCREAZE 4,200 UNIT-14,200 UNIT-24,600 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
VIOKACE 10,440 UNIT-39,150 UNIT-39,150 UNIT TABLET	PA	18	
VIOKACE 20,880 UNIT-78,300 UNIT-78,300 UNIT TABLET	PA	18	
PANCREAZE 2,600 UNIT-8,800 UNIT-15,200 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
betaine 1 gram/scoop oral powder			
FABRAZyme 5 MG INTRAVENOUS SOLUTION	PA	2	
ZENPEP 40,000 UNIT-126,000 UNIT-168,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
ZENPEP 20,000 UNIT-63,000 UNIT-84,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
ZAVESCA 100 MG CAPSULE	PA,QL(90 cada 30 días)	18	
CREON 3,000 UNIT-9,500 UNIT-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
BUPHENYL 500 MG TABLET			
FABRAZyme 35 MG INTRAVENOUS SOLUTION	PA	2	
CYSTAGON 150 MG CAPSULE			
ZENPEP 3,000 UNIT-10,000 UNIT-14,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
BUPHENYL 0.94 GRAM/GRAM ORAL POWDER			
PERTZYE 4,000 UNIT-14,375 UNIT-15,125 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
ELELYSO 200 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	PA,QL(82 cada 28 días)	4	
PANCREAZE 21,000 UNIT-54,700 UNIT-83,900 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
ZENPEP 10,000 UNIT-32,000 UNIT-42,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
CREON 36,000 UNIT-114,000 UNIT-180,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
ZENPEP 60,000-189,600-252,600 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
fesoterodine er 8 mg tablet,extended release 24 hr		6	
fesoterodine er 4 mg tablet,extended release 24 hr		6	
TOVIAZ 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		6	
oxybutynin chloride er 5 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}		6	
oxybutynin chloride 2.5 mg tablet ^{EDS}			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
TOVIAZ 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		6	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml oral syrup			
oxybutynin chloride er 10 mg tablet,extended release 24 hr EDS		6	
oxybutynin chloride 5 mg tablet ^{EDS}			
oxybutynin chloride er 15 mg tablet,extended release 24 hr		6	
solifenacin 5 mg tablet		18	
solifenacin 10 mg tablet		18	
alfuzosin er 10 mg tablet,extended release 24 hr			
tamsulosin 0.4 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
finasteride 5 mg tablet			
dutasteride 0.5 mg capsule			
bethanechol chloride 5 mg tablet			
bethanechol chloride 10 mg tablet			
tiopronin 100 mg tablet			
bethanechol chloride 50 mg tablet			
bethanechol chloride 25 mg tablet			
triamcinolone acetonide 0.025 % topical cream			
methylprednisolone sodium succinate 1,000 mg intravenous solution			
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) oral solution			
betamethasone acetate and sodium phos 6 mg/ml suspension for injection			
prednisone 2.5 mg tablet ^{EDS}			
fludrocortisone 0.1 mg tablet			
triamcinolone acetonide 40 mg/ml suspension for injection			
dexamethasone 2 mg tablet ^{EDS}			
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) 100 MG/2 ML SOLUTION FOR INJECTION			
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) 250 MG/2 ML SOLUTION FOR INJECTION			
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) 500 MG/4 ML SOLUTION FOR INJECTION			
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) 1,000 MG/8 ML SOLUTION FOR INJECTION			
ACTHAR 80 UNIT/ML INJECTION GEL	PA,QL(45 cada 30 días)		
methylprednisolone 4 mg tablet ^{EDS}			
prednisolone 15 mg/5 ml oral solution			
dexamethasone 0.75 mg tablet ^{EDS}			
dexamethasone 4 mg tablet ^{EDS}			
triamcinolone acetonide 0.025 % topical ointment			
ACTHAR SELFJECT 80 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA		
prednisone 50 mg tablet ^{EDS}			
ACTHAR SELFJECT 40 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA		

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
dexamethasone 1.5 mg tablet ^{EDS}			
triamcinolone acetonide 0.1 % topical ointment			
triamcinolone acetonide 0.5 % topical ointment			
dexamethasone sodium phosphate (pf) 10 mg/ml injection syringe			
dexamethasone sodium phosphate (pf) 10 mg/ml injection solution			
dexamethasone 1 mg tablet ^{EDS}			
triamcinolone acetonide 0.5 % topical cream			
SOLU-CORTEF 100 MG SOLUTION FOR INJECTION			
prednisone 5 mg tablets in a dose pack ^{EDS}			
methylprednisolone sodium succinate 40 mg solution for injection			
triamcinolone acetonide 0.1 % topical cream			
methylprednisolone acetate 80 mg/ml suspension for injection			
methylprednisolone 16 mg tablet ^{EDS}			
prednisolone sodium phosphate 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) oral soln			
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (5 ml) oral solution			
prednisone 5 mg tablet ^{EDS}			
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml injection solution			
dexamethasone 6 mg tablet ^{EDS}			
methylprednisolone sodium succinate 500 mg intravenous solution			
dexamethasone 0.5 mg/5 ml oral elixir			
prednisone 20 mg tablet ^{EDS}			
prednisone 10 mg tablets in a dose pack ^{EDS}			
dexamethasone 0.5 mg tablet ^{EDS}			
dexamethasone 0.5 mg/5 ml oral solution			
methylprednisolone sodium succinate 125 mg solution for injection			
methylprednisolone 4 mg tablets in a dose pack ^{EDS}			
prednisone 5 mg/5 ml oral solution			
prednisone 1 mg tablet ^{EDS}			
methylprednisolone 32 mg tablet ^{EDS}			
CORTROPHIN GEL 80 UNIT/ML INJECTION	PA,QL(45 cada 30 días)		
methylprednisolone acetate 40 mg/ml suspension for injection			
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml) oral solution			
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml injection solution			
triamcinolone acetonide 0.05 % topical ointment			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
prednisone 10 mg tablet ^{EDS}			
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml injection syringe EDS			
SOGROYA 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA	2	
GENOTROPIN MINIQUICK 0.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA	16	
SKYTROFA 9.1 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA	1	
GENOTROPIN MINIQUICK 1 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA	16	
SKYTROFA 7.6 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA	1	
desmopressin 0.2 mg tablet			
SKYTROFA 6.3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA	1	
SKYTROFA 5.2 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA	1	
GENOTROPIN MINIQUICK 0.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA	16	
GENOTROPIN MINIQUICK 1.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA	16	
GENOTROPIN 5 MG/ML (15 UNIT/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA	16	
desmopressin 10 mcg/spray (0.1 ml) nasal spray (non-refrigerated)			
SKYTROFA 11 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA	1	
desmopressin 0.1 mg tablet			
GENOTROPIN MINIQUICK 1.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA	16	
desmopressin 4 mcg/ml injection solution			
NORDITROPIN FLEXPRO 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA	16	
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA	16	
NORDITROPIN FLEXPRO 30 MG/3 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA	16	
NORDITROPIN FLEXPRO 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA	16	
SKYTROFA 4.3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA	1	
NORDITROPIN FLEXPRO 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA	16	
GENOTROPIN MINIQUICK 2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA	16	
SKYTROFA 3.6 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA	1	
SKYTROFA 3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA	1	
GENOTROPIN MINIQUICK 0.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA	16	
GENOTROPIN 12 MG/ML (36 UNIT/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA	16	
SKYTROFA 13.3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA	1	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
NGENLA 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA	3	
GENOTROPIN MINIQUICK 1.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		16
SOGROYA 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA	2	
GENOTROPIN MINIQUICK 1.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		16
SOGROYA 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA	2	
NGENLA 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA	3	
testosterone cypionate 100 mg/ml intramuscular oil			
testosterone 20.25 mg/1.25 gram per pump act.(1.62 %) transdermal gel	PA	18	
danazol 100 mg capsule			
JATENZO 237 MG CAPSULE	PA	18	
danazol 50 mg capsule			
ANDRODERM 2 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
ANDRODERM 4 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	PA	18	
TESTIM 50 MG/5 GRAM (1 %) TRANSDERMAL GEL	PA	18	
JATENZO 158 MG CAPSULE	PA	18	
testosterone 1 % (50 mg/5 gram) transdermal gel packet	PA	18	
JATENZO 198 MG CAPSULE	PA	18	
testosterone enanthate 200 mg/ml intramuscular oil			
danazol 200 mg capsule			
testosterone cypionate 200 mg/ml intramuscular oil			
ELESTRIN 0.87 GRAM/ACTUATION (0.06%) TRANSDERMAL GEL PUMP		18	
estradiol 2 mg tablet ^{EDS}			
MINIVELLE 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
VIVELLE-DOT 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
MINIVELLE 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
MINIVELLE 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
VAGIFEM 10 MCG VAGINAL TABLET	QL(18 cada 28 días)		
MINIVELLE 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
ESTRING 2 MG (7.5 MCG/24 HOUR) VAGINAL RING	QL(1 cada 84 días)		
MINIVELLE 0.025 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
CLIMARA 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)		
DELESTROGEN 10 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL			
VIVELLE-DOT 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
CLIMARA 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)		
estradiol 1 mg tablet ^{EDS}			
VIVELLE-DOT 0.025 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
VIVELLE-DOT 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
DELESTROGEN 40 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
DELESTROGEN 20 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL			
PREMARIN 1.25 MG TABLET			
CLIMARA 0.06 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)		
PREMARIN 0.625 MG TABLET			
PREMARIN 0.9 MG TABLET			
PREMARIN 0.45 MG TABLET			
VIVELLE-DOT 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
PREMARIN 0.3 MG TABLET			
CLIMARA 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)		
CLIMARA 0.025 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)		
PREMARIN 0.625 MG/GRAM VAGINAL CREAM			
estradiol 0.5 mg tablet ^{EDS}			
CLIMARA 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)		
CLIMARA PRO 0.045 MG-0.015 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)		
alyacen 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
elinest 0.3 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
SEASONIQUE 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG(7) TABLETS,3 MONTH DOSE PACK	QL(91 cada 84 días)	12	
simliya (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
COMBIPATCH 0.05 MG-0.14 MG/24 HR TRANSDERMAL			
kaitlib fe 0.8 mg-25 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
levonorgestrel 0.15 mg-ethynodiol dihydrogen phosphate 30 mcg tablets,3 mos pack(91)	QL(91 cada 84 días)	12	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-lo-marzia 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
vienna 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-lo-estarrylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone 1 mg-ethynodiol dihydrogen phosphate 20 mcg (21)-iron 75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone 1 mg-ethynodiol dihydrogen phosphate 0.4 mg-35 mcg(21)/75 mg(7) chew tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
levonorgestrel 0.15 mg-ethynodiol dihydrogen phosphate 0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
etonogestrel 0.12 mg-ethynodiol dihydrogen phosphate 0.015 mg/24 hr vaginal ring	QL(1 cada 21 días)	12	
reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
merzee 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule	QL(91 cada 90 días)	12	
apri 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
leena 28 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norgestimate 0.25 mg-ethynodiol dihydrogen phosphate 35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
dolishale 90 mcg-20 mcg (28) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg(28) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
YAZ (28) 3 MG-0.02 MG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
drospirenone 3 mg-ethinyl estradiol 0.02 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
haloette 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	QL(1 cada 21 días)	12	
norethindrone acetate 1 mg-ethinyl estradiol 20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
ORTHO TRI-CYCLEN (28) 0.18 MG(7)/0.215 MG(7)/0.25 MG(7)-35 MCG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
PREMPRO 0.625 MG-5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)		
lessina 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
esterified estrogens-methyltestosterone 0.625 mg-1.25 mg tablet			
nylia 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norgestimate 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-ethinyl estradiol 25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
finzala 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
zafemy 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch		12	
kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
lulera (28) 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
l.norgest-eth.estriadiol triphasic 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
PREMPRO 0.625 MG-2.5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)		
norethindrone acetate 0.5 mg-ethinyl estradiol 2.5 mcg tablet			
microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
aviane 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone-eth. estradiol-iron 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
NEXTSTELLIS 3 MG-14.2 MG (28) TABLET		12	
PREMPRO 0.3 MG-1.5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)		
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol 1 mg-50 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
taysofy 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule	QL(91 cada 90 días)	12	
norelgestromin 150 mcg-e.estriadiol 35 mcg/24 hr weekly transderm patch		12	
pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
l norgest/e estradiol-e estrad 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tabs,3mos	QL(91 cada 84 días)	12	
zarah 3 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
drospirenone 3 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
vyfemla (28) 0.4 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
YASMIN (28) 3 MG-0.03 MG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
portia 28 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
PREMPRO 0.45 MG-1.5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)		
aubra 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-vylibra (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
vylibra 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
pimtrea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
NUVARING 0.12 MG-0.015 MG/24 HR VAGINAL	QL(1 cada 21 días)	12	
desogestrel-e.estriadiol 0.15 mg-0.02 mg(21)/e.estrad 0.01 mg(5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
jolessa 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
levonorgestrel 0.1 mg-ethinyl estradiol 0.02 mg (21)/iron (7) tablet		12	
balziva (28) 0.4 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
l norgest/e estradiol-e estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tabs,3mos	QL(91 cada 84 días)	12	
LOSEASONIQUE 0.1 MG-20 MCG (84)/10 MCG (7) TABLETS,3 MONTH DOSE PACK	QL(91 cada 84 días)	12	
zovia 1-35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
chateal (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
gemmafly 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
eluryng 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	QL(1 cada 21 días)	12	
TYBLUME 0.1 MG-20 MCG CHEWABLE TABLET		12	
esterified estrogens-methyltestosterone 1.25 mg-2.5 mg tablet			
norethrin-ethinyl estradiol-iron 0.8 mg-25 mcg(24)/75 mg(4) chew tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
marlissa (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
aurovela 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
QUARTETTE 0.15 MG-20 MCG/0.15 MG-25 MCG TABLETS,3 MONTH DOSE PACK	QL(91 cada 84 días)	12	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
pirmella 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
joyeaux 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7) tablet		12	
MINASTRIN 24 FE 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) CHEWABLE TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone 1 mg-e. estradiol 20 mcg (24)-iron 75 mg (4) chew tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
TAYTULLA 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) CAPSULE	QL(91 cada 90 días)	12	
enilloring 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	QL(1 cada 21 días)	12	
enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
philith 0.4 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
femynor 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone 1 mg-ethin. estradiol 20 mcg (24)-iron 75 mg (4) capsule	QL(91 cada 90 días)	12	
larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
estradiol-norethindrone acet 1 mg-0.5 mg tablet		18	
nikki (28) 3 mg-0.02 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
jasmiel (28) 3 mg-0.02 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
desogestrel 0.15 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
l norgest/ee 0.15-0.02mg/0.15-0.025mg/0.15-0.03mg/ee 0.01 mg tabs,3mo	QL(91 cada 84 días)	12	
MIRCETTE (28) 0.15 MG-0.02 MG (21)/0.01 MG (5) TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
mibelas 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
rivilsa 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
LOESTRIN 1/20 (21) 1 MG-20 MCG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
hailey 1.5 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
amethyst (28) 90 mcg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
syeda 3 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
GENERESS FE 0.8 MG-25 MCG (24)/75 MG (4) CHEWABLE TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
briellyn 0.4 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
norethindrone acetate 1.5 mg-ethinyl estradiol 30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
BALCOLTRA 0.1 MG-0.02 MG (21)/IRON (7) TABLET		12	
charlotte 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
COMBIPATCH 0.05 MG-0.25 MG/24 HR TRANSDERMAL			
loryna (28) 3 mg-0.02 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
drospirene-estradiol-mefol 3 mg-0.02 mg-0.451 mg(24)/0.451 mg(4)tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
BEYAZ (28) 3 MG-0.02 MG-0.451 MG (24)/0.451 MG (4) TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
wymzya fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
volnea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
levonorgestrel-ethinyl estradiol 90 mcg-20 mcg (28) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
ELLA 30 MG TABLET	QL(2 cada 30 días)	12	
ocella 3 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
LO LOESTRIN FE 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) TABLET	QL(28 cada 28 días)	12	
necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
PREMPHASE 0.625 MG(14)/0.625 MG-5MG(14) TABLET	QL(28 cada 28 días)		
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5 MG-30 MCG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18 mg/0.215mg/0.25mg-35 mcg(28)tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
nymyo 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
drospirene-estradiol-mefol 3 mg-0.03 mg-0.451 mg(21)/0.451 mg(7)tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
levonorgestrel-ethinyl estradiol 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
SAFYRAL 3 MG-0.03 MG-0.451 MG (21)/0.451 MG (7) TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
xulane 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch		12	
TWIRLA 120 MCG-30 MCG/24 HR TRANSDERMAL PATCH		12	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
ANNOVERA 0.15 MG-0.013 MG/24 HR VAGINAL RING		12	
kelnor 1/50 (28) 1 mg-50 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
tydemy 3 mg-0.03 mg-0.451 mg (21)(7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
estradiol-norethindrone acet 0.5 mg-0.1 mg tablet		18	
nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-mili (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
mili 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
turqoz (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-linyah (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
estarrylla 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone acetate 1 mg-ethinyl estradiol 5 mcg tablet			
tri-estarrylla (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
mono-linyah 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
aubra eq 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
chateal eq (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tilia fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
kalliga 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
SLYND 4 MG (28) TABLET		12	
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/2 MG-3 MG/1 MG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
LAYOLIS FE 0.8 MG-25 MCG (24)/75 MG (4) CHEWABLE TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri femynor (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
aurovela 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone 1.5 mg-ethinyl estradiol 30 mcg(21)/iron 75 mg(7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
kurvelo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
vestura (28) 3 mg-0.02 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) 0.5 MG/0.75 MG/1 MG-35 MCG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
ayuna 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
afirmelle 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
zumandimine (28) 3 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
lo-zumandimine (28) 3 mg-0.02 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
jencycla 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
option-2 1.5 mg tablet ^{OTC}	QL(2 cada 30 días)	12	
lyza 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET ^{OTC}	QL(2 cada 30 días)	12	
levonorgestrel 1.5 mg tablet ^{OTC}	QL(2 cada 30 días)	12	
nora-be 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
opcicon one-step 1.5 mg tablet ^{OTC}	QL(2 cada 30 días)	12	
progesterone micronized 200 mg capsule ^{EDS}			
megestrol 40 mg tablet			
medroxyprogesterone 2.5 mg tablet ^{EDS}			
emzahh 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
errin 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET ^{OTC}	QL(2 cada 30 días)	12	
sharobel 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
deblitane 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
incassia 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
new day 1.5 mg tablet ^{OTC}	QL(2 cada 30 días)	12	
tulana 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
my way 1.5 mg tablet ^{OTC}	QL(2 cada 30 días)	12	
econtra one-step 1.5 mg tablet ^{OTC}	QL(2 cada 30 días)	12	
AFTERA 1.5 MG TABLET ^{OTC}	QL(2 cada 30 días)	12	
econtra ez 1.5 mg tablet ^{OTC}	QL(2 cada 30 días)	12	
DEPO-PROVERA 150 MG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	QL(1 cada 84 días)	12	
heather 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
curae 1.5 mg tablet ^{OTC}	QL(2 cada 30 días)	12	
megestrol 400 mg/10 ml (40 mg/ml) oral suspension			
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml) oral suspension			
lyeq 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
progesterone 50 mg/ml intramuscular oil			
medroxyprogesterone 5 mg tablet ^{EDS}			
norethindrone acetate 5 mg tablet			
my choice 1.5 mg tablet ^{OTC}	QL(2 cada 30 días)	12	
progesterone micronized 100 mg capsule ^{EDS}			
megestrol 20 mg tablet			
camila 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
her style 1.5 mg tablet ^{OTC}	QL(2 cada 30 días)	12	
medroxyprogesterone 10 mg tablet ^{EDS}			
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	QL(0.65 cada 84 días)	12	
DEPO-PROVERA 150 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	QL(1 cada 84 días)	12	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
medroxyprogesterone 150 mg/ml intramuscular syringe	QL(1 cada 84 días)	12	
medroxyprogesterone 150 mg/ml intramuscular suspension	QL(1 cada 84 días)	12	
raloxifene 60 mg tablet		18	
LEVOXYL 125 MCG TABLET ^{EDS}			
ARMOUR THYROID 300 MG TABLET			
LEVOXYL 137 MCG TABLET ^{EDS}			
LEVOXYL 112 MCG TABLET ^{EDS}			
levothyroxine 137 mcg tablet ^{EDS}			
levothyroxine 25 mcg tablet ^{EDS}			
UNITHROID 50 MCG TABLET ^{EDS}			
ARMOUR THYROID 240 MG TABLET			
levothyroxine 200 mcg tablet ^{EDS}			
np thyroid 30 mg tablet			
np thyroid 60 mg tablet			
np thyroid 90 mg tablet			
LEVOXYL 88 MCG TABLET ^{EDS}			
ARMOUR THYROID 30 MG TABLET			
levothyroxine 50 mcg tablet ^{EDS}			
UNITHROID 88 MCG TABLET ^{EDS}			
np thyroid 120 mg tablet			
levothyroxine 75 mcg tablet ^{EDS}			
UNITHROID 137 MCG TABLET ^{EDS}			
LEVOXYL 200 MCG TABLET ^{EDS}			
levothyroxine 125 mcg tablet ^{EDS}			
UNITHROID 100 MCG TABLET ^{EDS}			
liothyronine 5 mcg tablet ^{EDS}			
UNITHROID 125 MCG TABLET ^{EDS}			
ARMOUR THYROID 90 MG TABLET			
liothyronine 50 mcg tablet ^{EDS}			
levothyroxine 112 mcg tablet ^{EDS}			
UNITHROID 112 MCG TABLET ^{EDS}			
np thyroid 15 mg tablet			
UNITHROID 25 MCG TABLET ^{EDS}			
levothyroxine 100 mcg tablet ^{EDS}			
ARMOUR THYROID 15 MG TABLET			
niva thyroid 30 mg tablet			
niva thyroid 90 mg tablet			
niva thyroid 60 mg tablet			
LEVOXYL 100 MCG TABLET ^{EDS}			
ARMOUR THYROID 60 MG TABLET			
niva thyroid 120 mg tablet			
levothyroxine 175 mcg tablet ^{EDS}			
niva thyroid 15 mg tablet			
ARMOUR THYROID 120 MG TABLET			
thyroid (pork) 15 mg tablet			
thyroid (pork) 30 mg tablet			
thyroid (pork) 60 mg tablet			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
levothyroxine 150 mcg tablet ^{EDS}			
LEVOXYL 175 MCG TABLET ^{EDS}			
thyroid (pork) 90 mg tablet			
levothyroxine 88 mcg tablet ^{EDS}			
ARMOUR THYROID 180 MG TABLET			
LEVOXYL 50 MCG TABLET ^{EDS}			
levothyroxine 300 mcg tablet ^{EDS}			
UNITHROID 175 MCG TABLET ^{EDS}			
liothyronine 25 mcg tablet ^{EDS}			
LEVOXYL 25 MCG TABLET ^{EDS}			
UNITHROID 150 MCG TABLET ^{EDS}			
LEVOXYL 75 MCG TABLET ^{EDS}			
thyroid (pork) 120 mg tablet			
UNITHROID 75 MCG TABLET ^{EDS}			
UNITHROID 300 MCG TABLET ^{EDS}			
UNITHROID 200 MCG TABLET ^{EDS}			
LEVOXYL 150 MCG TABLET ^{EDS}			
LUPRON DEPOT 7.5 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	PA,QL(40 cada 27 días)		
octreotide acetate 50 mcg/ml injection solution			
leuprolide 1 mg/0.2 ml subcutaneous kit	PA,QL(2 cada 27 días)		
LUPRON DEPOT 3.75 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml) injection syringe			
LUPRON DEPOT 45 MG (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 168 días)	18	
TRELSTAR 11.25 MG IM SUSPENSION	PA,QL(1 cada 90 días)	18	
TRELSTAR 3.75 MG IM SUSPENSION	PA,QL(1 cada 30 días)	18	
octreotide acetate 500 mcg/ml (1 ml) injection syringe			
leuprolide 22.5 mg (3 month) intramuscular suspension	PA	18	
FENSOLVI 45 MG SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(1 cada 180 días)	2	
TRELSTAR 22.5 MG IM SUSPENSION	PA,QL(1 cada 180 días)	18	
LUPRON DEPOT-PED 15 MG INTRAMUSCULAR KIT	PA,QL(1 cada 28 días)	1	12
octreotide acetate 100 mcg/ml injection solution			
octreotide acetate 50 mcg/ml (1 ml) injection syringe			
cabergoline 0.5 mg tablet	QL(16 cada 30 días)		
octreotide acetate 200 mcg/ml injection solution			
octreotide acetate 1,000 mcg/ml injection solution			
LUPRON DEPOT 30 MG (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 112 días)	18	
LUPRON DEPOT 22.5 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 84 días)	18	
LUPRON DEPOT 11.25 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 84 días)	18	
LUPRON DEPOT-PED 7.5 MG (PED) INTRAMUSCULAR KIT	PA,QL(1 cada 28 días)	1	12

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 84 días)	1	12
ORILISSA 200 MG TABLET	PA		
leuprolide 1 mg/0.2 ml subcutaneous solution	PA		
ORILISSA 150 MG TABLET	PA		
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG INTRAMUSCULAR KIT octreotide acetate 500 mcg/ml injection solution	PA,QL(1 cada 28 días)	1	12
LUPRON DEPOT-PED 30 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 84 días)	1	12
propylthiouracil 50 mg tablet			
methimazole 5 mg tablet ^{EDS}			
methimazole 10 mg tablet ^{EDS}			
BERINERT 500 UNIT (10 ML) INTRAVENOUS KIT	PA,QL(16 cada 28 días)	12	
BERINERT 500 UNIT (10 ML) INTRAVENOUS SOLUTION	PA,QL(16 cada 28 días)	12	
FIRAZYR 30 MG/3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(9 cada 28 días)	18	
HYPERRHO S/D 250 UNIT (50 MCG) INTRAMUSCULAR SYRINGE	QL(2 cada 365 días)		
HYPERRHO S/D 1,500 UNIT (300 MCG) INTRAMUSCULAR SYRINGE	QL(2 cada 365 días)		
XOLAIR 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(8 cada 28 días)		
XELJANZ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	PA,QL(300 cada 30 días)	2	12
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		
XELJANZ 5 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	2	
XELJANZ 10 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	2	
XOLAIR 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		
XOLAIR 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	PA		
XOLAIR 150 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	PA		
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	PA		
ADBRY 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA	12	
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA	12	
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA		
RINVOQ 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(30 cada 30 días)	2	
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(8 cada 28 días)		
DUPIXENT 100 MG/0.67 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		
RINVOQ LQ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	PA	2	
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA		
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(2.28 cada 28 días)		

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
RINVOQ 45 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(30 cada 30 días)	2	
RINVOQ 15 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(30 cada 30 días)	2	
ADBRY 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	PA		
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML) SOLUTION FOR INJECTION			
PEGASYS 180 MCG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA,QL(4 cada 28 días)	3	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(2 cada 28 días)	3	
ACTIMMUNE 100 MCG (2 MILLION UNIT)/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(6 cada 28 días)		
RAPAMUNE 1 MG TABLET azathioprine 50 mg tablet			
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	PA,QL(2 cada 28 días)		
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT SYRINGE KIT	PA,QL(3 cada 365 días)		
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(4 cada 28 días)	2	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	PA,QL(4 cada 28 días)	2	
tacrolimus 1 mg capsule, immediate-release			
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	PA,QL(2 cada 28 días)		
HUMIRA(CF) PEDI CROHN'S START 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SUBCUT SYR KIT	PA,QL(2 cada 365 días)		
ENBREL 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA	2	
methotrexate sodium (pf) 1 gram solution for injection			
mycophenolate 500 mg intravenous solution			
SANDIMMUNE 250 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLUTION			
HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	PA,QL(4 cada 28 días)		
ENBREL 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(8 cada 28 días)	2	
tacrolimus 5 mg capsule, immediate-release			
tacrolimus 0.5 mg capsule, immediate-release			
mycophenolate sodium 360 mg tablet,delayed release			
azathioprine 100 mg tablet			
everolimus (immunosuppressive) 1 mg tablet		18	
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA,QL(8 cada 28 días)	2	
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	PA,QL(1.6 cada 28 días)	2	
sirolimus 1 mg tablet			
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOL HID SUP START 40 MG/0.8 ML SUBCUT KT	PA,QL(6 cada 28 días)	2	
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg tablet		18	
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg tablet		18	
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg tablet		18	
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC ULCER COLITIS STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT KIT	PA,QL(4 cada 28 días)		
HADLIMA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(3.2 cada 28 días)	2	
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT	PA,QL(4 cada 28 días)		

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSPENSION			11
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT	PA,QL(4 cada 28 días)		
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(8 cada 28 días)	2	
leflunomide 20 mg tablet			
azathioprine 75 mg tablet			
methotrexate sodium 25 mg/ml injection solution			
INFILIXIMAB 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	PA,QL(14 cada 28 días)	6	
mycophenolate mofetil 250 mg capsule			
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT	PA,QL(6 cada 28 días)	2	
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML(1)-40 MG/0.4 ML(2)SUBCUT KIT	PA,QL(3 cada 28 días)		
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT	PA,QL(6 cada 28 días)	2	
cyclosporine modified 100 mg/ml oral solution			11
sirolimus 1 mg/ml oral solution			
ENBREL 25 MG (1 ML) SUBCUTANEOUS POWDER FOR SOLUTION	PA,QL(8 cada 28 días)	2	
cyclosporine modified 100 mg capsule			
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STRT 80 MG/0.8 ML SUBCUT KT	PA,QL(4 cada 28 días)		
mycophenolate sodium 180 mg tablet,delayed release			
methotrexate sodium 2.5 mg tablet	QL(300 cada 30 días)		
cyclosporine modified 25 mg capsule			
cyclosporine 250 mg/5 ml intravenous solution			
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml injection solution			
cyclosporine modified 50 mg capsule			
leflunomide 10 mg tablet			
sirolimus 2 mg tablet			
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	PA,QL(3.2 cada 28 días)	2	
sirolimus 0.5 mg tablet			
RAPAMUNE 0.5 MG TABLET			
mycophenolate mofetil 500 mg tablet			
RAPAMUNE 2 MG TABLET			
HADLIMA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(1.6 cada 28 días)	2	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION		3	55
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		10	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		10	
SPIKEVAX (PF) 100 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION			
PFIZER-BIONT COVID19 TRIS (12Y UP) VACC(PF)30 MCG/0.3 ML IM SUSP(GRAY)			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2 LF-(2.5-5-3-5)-5 LF/0.5 ML IM SYRINGE		10	64
PFIZER-BIONT COVID19 TRIS(5-11Y) VACC(PF)10 MCG/0.2 ML IM SUSP(ORANGE)			
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION		3	6
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION		3	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		7	
AFLURIA QUAD 2023-24(3YR UP)(PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE		3	
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SUSPENSION			
FLUBLOK QUAD 2023-2024 (PF) 180 MCG (45 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE		18	
FLUARIX QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE			
FLULALVAL QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE			
FLUBLOK TRIV 2024-2025 (PF) 135 MCG (45 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE		18	
FLUCELVAX TRIV 2024-2025 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SUSPENSION			
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	
FLUMIST QUAD 2023-2024 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML NASAL SPRAY SYRINGE		2	49
FLUARIX TRIV 2024-2025 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE			
PFIZER COVID-19 BIVALENT VACCINE(6MO-4Y)(PF) 3 MCG/0.2 ML IM SUSP(EUA)			
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	
MODERNA COVID 2023-24(6MO-11YR)(PF) 25 MCG/0.25 ML IM SUSPENSION (EUA)			
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION		3	6
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION, KIT		18	
JANSSEN COVID-19 VACCINE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION (EUA)			
PENTACEL DTAP-IPV COMPONENT (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML IM SUSP		3	4
PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SOLUTION		2	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		18	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
TDVAX 2 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		7	
PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE		2	
IPOL 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION		3	
BEXSERO 50 MCG-50 MCG-50 MCG-25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		10	25
PENTACEL DTAP-IPV COMPONENT (PF) 15 LF-48 MCG-62 DU/0.5 ML IM SUSP		3	4
MODERNA COVID-19 VACC (6-11YR PRIMARY)(PF) 50 MCG/0.5 ML IM SUSP (EUA)			
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION		3	12
COMIRNATY TRIS VACCINE(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION			
PENTACEL (PF) 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT		3	4
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		9	45
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		9	45
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		10	25
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP		3	6
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		4	6
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF /0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT		3	4
PFIZER-BIONT COVID19 TRIS(6M-4Y) VACC(PF) 3 MCG/0.2 ML IM SUSP(MAROON)			
PREVNAR 13 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML IM KIT (2 VIALS)		3	55
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG)-5 LF/0.5 ML IM SUSP		10	64
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION		3	
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
RECOMBIVAX HB (PF) 40 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
FLUCELVAX TRIV 2024-2025 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE			
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		7	
AFLURIA QUAD 2023-2024(6MO UP) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SUSP			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE			
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2023-24 (PF) 240 MCG/0.7 ML IM SYRINGE		65	
FLUZONE QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE			
FLUZONE QUAD 2023-2024 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSP.			
FLUAD TRIV 2024-25(65Y UP)(PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE		65	
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25 LF-25 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	6
MODERNA COVID-19 (12 YR UP) VACCINE (PF) 100 MCG/0.5 ML IM SUSP (EUA)			
PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACCINE (PF) 30 MCG/0.3 ML IM SUSP (PURPLE)			
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION		3	5
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		18	
MODERNA COVID-19 VACCINE(6MO-5YR)(PF) 25 MCG/0.25 ML IM SUSP (EUA)			
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION			
FLUAD QUAD 2023-2024(65YR UP)(PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5ML IM SYRINGE		65	
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
FLUZONE TRIV 2024-2025 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SUSPENSION			
MODERNA COVID-19 BIVALENT(6MO UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML IM SUSP(EUA)(BLUE)			
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION		3	
PFIZER COVID-19 BIVALENT (5-11YR)(PF) 10 MCG/0.2 ML IM SUSPENSION(EUA)			
AFLURIA TRIV 2024-2025 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE			
FLULALVAL TRIV 2024-2025 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE			
FLUZONE TRIV 2024-2025 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	6
NOVAVAX COVID 2023-2024(PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION(EUA)			
FLUZONE HIGH-DOSE TRIV 2024-2025 (PF) 180 MCG/0.5 ML IM SYRINGE		65	
FLUMIST TRIVALENT 2024-2025 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML NASAL SPRAY		2	49
MODERNA COVID-19 BIVALENT(6MO-5Y)(PF) 10 MCG/0.2 ML IM SUSP(EUA)(PINK)			
PFIZER COVID 2023-24(6MO-4Y)(PF) 3 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION (EUA)			
COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION			
AFLURIA TRIV 2024-2025 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SUSPENSION			
NOVAVAX COVID 2024-25(PF)(EUA) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
COMIRNATY 2024-25 (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
MODERNA COVID 2024-25(6M-11Y)(PF)(EUA) 25 MCG/0.25 ML IM SYRINGE			
TETANUS,DIPHTHERIA TOXOID PED (PF) 5 LF UNIT-25 LF UNIT/0.5 ML IM SUSP		3	6
PFIZER COVID 2023-24(5Y-11Y)(PF) 10 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION (EUA)			
COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION			
SPIKEVAX 2024-2025(12Y UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
PFIZER COVID-19 BIVALENT (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION(EUA)			
PREVNAR 20 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
NOVAVAX COVID-19 VACCINE,ADJUVANTED (PF) 5 MCG/0.5 ML IM SUSPEN (EUA)			
PFIZER COVID 2024-25(5Y-11Y)(PF)(EUA) 10 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION			
PFIZER COVID 2024-25(6MOS-4YRS)(PF)(EUA) 3 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION			
LIALDA 1.2 GRAM TABLET,DELAYED RELEASE mesalamine 1.2 gram tablet,delayed release			
PENTASA 500 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE mesalamine 1,000 mg rectal suppository		18	
APRISO 0.375 GRAM CAPSULE,EXTENDED RELEASE			
SFROWASA 4 GRAM/60 ML ENEMA			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
PENTASA 250 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE		18	
sulfasalazine 500 mg tablet,delayed release			
sulfasalazine 500 mg tablet			
PROCTOFOAM HC 1 %-1 %			
hydrocortisone-pramoxine 2.5 %-1 % rectal cream			
hydrocortisone 100 mg/60 ml enema			
lidocaine-hydrocortisone-aloe vera 3 %-2.5 % (7 gram) rectal kit			
lidocaine-hydrocortisone-aloe vera 2.8 %-0.55 % rectal gel			
budesonide dr - er 3 mg capsule,delayed,extended release			
pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml) intravenous solution			
alendronate 5 mg tablet			
pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) intravenous solution			
calcitriol 0.5 mcg capsule			
doxercalciferol 2.5 mcg capsule			
ibandronate 150 mg tablet			
pamidronate 90 mg/10 ml (9 mg/ml) intravenous solution			
doxercalciferol 4 mcg/2 ml intravenous solution			
calcitriol 1 mcg/ml intravenous solution			
zoledronic acid 4 mg intravenous solution			
zoledronic acid 4 mg/5 ml intravenous solution			
paricalcitol 2 mcg/ml solution for hemodialysis port injection			
cinacalcet 30 mg tablet		18	
cinacalcet 60 mg tablet		18	
cinacalcet 90 mg tablet		18	
paricalcitol 5 mcg/ml solution for hemodialysis port injection			
doxercalciferol 1 mcg capsule			
alendronate 70 mg tablet			
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation nasal spray	QL(3.7 cada 28 días)	18	
alendronate 10 mg tablet			
zoledronic acid 5 mg/100 ml in mannitol 5 %-water intravenous piggybck	QL(100 cada 355 días)		
zoledronic acid 5 mg/100 ml in mannitol 5 %-water intravenous piggybck	QL(100 cada 365 días)		
doxercalciferol 0.5 mcg capsule			
pamidronate 30 mg intravenous solution			
paricalcitol 2 mcg/ml intravenous solution			
alendronate 35 mg tablet			
zoledronic acid 4 mg/100 ml in mannitol 5 %-water intravenous piggybck			
paricalcitol 4 mcg capsule			
paricalcitol 2 mcg capsule			
calcitriol 0.25 mcg capsule			
paricalcitol 5 mcg/ml intravenous solution			
pamidronate 90 mg intravenous solution			
calcitriol 1 mcg/ml oral solution			
paricalcitol 1 mcg capsule			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT OTC			
niva-plus 27 mg iron-1 mg tablet OTC		12	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 30 GAUGE OTC			
ASSURE LANCE PLUS 25 GAUGE OTC			
ADVOCATE LANCET 30 GAUGE OTC			
MONOJECT BLOOD COLLECTION 22 GAUGE X 1" NEEDLE			
dextromethorphan-guaifenesin 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
acetaminophen 160 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION OTC			
MOBILE LANCETS 30 GAUGE OTC			
IV PREP WIPES MEDICATED OTC			
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE OTC			
aspirin 500 mg tablet,delayed release OTC,EDS		20	
GLUCOCARD 01 HIGH-NORMAL CONTROL SOLUTION OTC			
pain relief (acetaminophen) 650 mg tablet,extended release OTC		20	
butalbital 50 mg-acetaminophen 325 mg-caffeine 40 mg-codeine 30 mg cap		12	
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) intravenous solution			
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLUTION OTC			
E-Z JECT LANCETS 32 GAUGE OTC			
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE OTC			
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 32 GAUGE OTC			
ADVOCATE LANCET 26 GAUGE OTC			
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 25 GAUGE OTC			
UNISTIK PRO LANCET 25 GAUGE OTC			
UNISTIK PRO LANCET 28 GAUGE OTC			
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE OTC			
FREESTYLE CONTROL SOLUTION OTC			
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA		
guaifenesin 400 mg tablet OTC		20	
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT			
arthritis pain relief (acetaminophen) er 650 mg tablet,extend release OTC		20	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE OTC			
ringer's irrigation solution			
FREESTYLE UNISTIK 2 OTC			
MEDLANCE PLUS LANCETS 25 GAUGE OTC			
CARESENS CONTROL A NORMAL SOLUTION OTC			
ASSURE LANCE 25 GAUGE OTC			
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE OTC			
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE OTC			
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE OTC			
UNILET COMFORTOUCH LANCET 26 GAUGE OTC			
FEOSOL 45 MG TABLET OTC		20	
SURE-LANCE 26 GAUGE OTC			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
diluent for decitabine (potassium ph monobasic,sodium hydrox) iv soln			
ULTI-LANCE KIT ^{OTC}			
chest congestion relief dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup ^{OTC}		20	
ferrous fumarate 324 mg (106 mg iron) tablet ^{OTC}		20	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE ^{OTC}			
WEBCOL TOPICAL PADS ^{OTC}			
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg/ml oral drops ^{OTC}		12	
UNILET GP LANCET ^{OTC}			
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION ^{OTC}			
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION ^{OTC}			
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE ^{OTC}			
UNILET LANCETS 30 GAUGE ^{OTC}			
benzonatate 200 mg capsule		20	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE ^{OTC}			
TRUEDRAW LANCING DEVICE ^{OTC}			
potas and sod citrate-citric acid 550 mg-500 mg-334 mg/5 ml oral soln ^{OTC}			
MONOJECT SAFETY SYRINGES 12 ML 21 X 1 1/2"			
ULTILET CLASSIC LANCETS 33 GAUGE ^{OTC}			
aspirin 325 mg tablet ^{OTC,EDS}		20	
butalbital 50 mg-acetaminophen 325 mg tablet			
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE ^{OTC}			
sorbitol 3 % irrigation solution			
urea 40 % topical cream			
MICROSPACER			
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT ^{OTC}			
CARESENS PREMIUM COMFORT LANCING DEVICE ^{OTC}			
CARELANCE ULTIMATE COMFORT LANCING DEVICE ^{OTC}			
LANCING DEVICE WITH LANCETS ^{OTC}			
CARETOUCH CONTROL SOLUTION L2-L3 ^{OTC}			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 32 GAUGE ^{OTC}			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 30 GAUGE ^{OTC}			
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE ^{OTC}			
DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH ^{OTC}			
DIATRUE CONTROL SOLUTION NORMAL ^{OTC}			
DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW ^{OTC}			
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS ^{OTC}			
methylergonovine 0.2 mg tablet			
children's acetaminophen 160 mg chewable tablet ^{OTC}		20	
brompheniramine-pseudoephedrine-dm 2 mg-30 mg-10 mg/5 ml oral syrup		20	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 27 GAUGE X 3/8"			
SYRINGE			
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE			
LITE TOUCH LANCETS 28 GAUGE ^{OTC}			
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE ^{OTC}			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT ^{OTC}			
TRUE METRIX GLUCOSE METER KIT ^{OTC}			
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT ^{OTC}			
INTELISWAB COVID-19 RAPID HOME TEST KIT ^{OTC}			
CARESTART COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT ^{OTC}			
IHEALTH COVID-19 ANTIGEN RAPID HOME TEST KIT ^{OTC}			
FLOWFLEX COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT ^{OTC}			
LUCIRA CHECK-IT COVID-19 HOME TEST KIT ^{OTC}			
RESET-O DIGITAL APP (OUD) (NON-MONETARY CM)	PA	18	
RESET DIGITAL APP (SUD) (NON-MONETARY CM)	PA	18	
RESET-O DIGITAL APP (OUD)	PA	18	
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK	QL(30 cada 5 días)	12	
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT ^{OTC}			
RESET DIGITAL APP (SUD)	PA	18	
aspirin 325 mg tablet,delayed release ^{OTC,EDS}		20	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION L1-L2 ^{OTC}			
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE	PA		
LAGEVRIO 200 MG CAPSULE (EUA)	QL(40 cada 5 días)	18	
hydrocodone-homatropine 5 mg-1.5 mg/5 ml oral syrup	QL(300 cada 30 días)	18	20
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT ^{OTC}			
BD VERITOR AT-HOME COVID-19 TEST KIT ^{OTC}			
butalbital-aspirin-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg capsule	QL(120 cada 365 días)		
COVID-19 AT-HOME TEST KIT ^{OTC}			
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION ^{OTC}			
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS ^{OTC}			
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT ^{OTC}			
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION ^{OTC}			
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ^{OTC}			
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE WITH CONTROLLER	PA		
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE WITH CONTROLLER	PA		
PAXLOVID 150 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK (RENAL DOSE)	QL(30 cada 5 días)	12	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA		
CUE COVID-19 HOME TEST KIT ^{OTC}			
bayer aspirin 325 mg tablet,delayed release ^{OTC,EDS}		20	
CURITY ALCOHOL SWABS ^{OTC}			
CELLTRION DIATRUST COVID-19 AG HOME TEST KIT ^{OTC}			
GLUCOCARD SHINE SOLUTION ^{OTC}			
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 33 GAUGE ^{OTC}			
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA		
MUCUS-CHEST CONGESTION 100 MG/5 ML ORAL LIQUID ^{OTC}		20	
STERILANCE TL 30 GAUGE ^{OTC}			
UNILET LANCET 33 GAUGE ^{OTC}			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
INVACARE LANCETS 30 GAUGE OTC			
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE OTC			
FC2 FEMALE CONDOM OTC			
INFINITY VOICE CONTROL SOLUTION-LEVEL 2 OTC			
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE OTC			
EASY TOUCH LANCETS 32 GAUGE OTC			
EASY TOUCH LANCETS 30 GAUGE OTC			
CARESENS LANCETS 30 GAUGE OTC			
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 21 GAUGE OTC			
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA		
children's pain relief 160 mg chewable tablet OTC		20	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA		
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC			
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC			
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC			
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC			
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA		
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA		
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE OTC			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC			
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE OTC			
MINI LANCING DEVICE OTC			
LANZO LANCING DEVICE KIT OTC			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC			
ADVANCED TRAVEL LANCETS 30 GAUGE OTC			
UNISTIK 3 LANCETS 21 GAUGE OTC			
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA		
adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
salsalate 500 mg tablet EDS			
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE OTC			
SAFETY LANCETS 21 GAUGE OTC			
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE OTC			
mucus dm 30 mg-600 mg tablet,extended release OTC		20	
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE	PA		

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
mucus dm max er 60 mg-1,200 mg tablet,extended release OTC			20
ULTRA THIN LANCETS 31 GAUGE OTC			
DEXCOM G6 RECEIVER	PA		
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE	PA		
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 18 GAUGE OTC			
nicotine (polacrilex) 2 mg buccal lozenge OTC		18	
nicotine (polacrilex) 4 mg buccal lozenge OTC		18	
STERILANCE TL 32 GAUGE OTC			
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON 19 X 1 1/2"			
hydrocodone-homatropine 5 mg-1.5 mg tablet		18	20
MEDISENSE GLUCOSE KETONE COMBO PACK OTC			
PEDIATRIC SMALL MASK OTC			
PEDIATRIC MEDIUM MASK OTC			
GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN SOLUTION OTC			
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE			
THRESHOLD PEP DEVICE			
LANCING DEVICE WITH LANCETS KIT OTC			
mapap arthritis pain 650 mg tablet,extended release OTC		20	
EVENCARE SOLUTION OTC			
LANCING SYSTEM OTC			
FILTER NEEDLES 19 X 1"			
lice treatment 0.33 %-4 % shampoo OTC		20	
multi-vit with fluoride and iron 0.25 mg-10 mg/ml oral drops OTC,EDS		12	
children's pain relief 160 mg/5 ml oral suspension OTC		20	
children's pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension OTC		20	
allergy and congestion relief 5 mg-120 mg tablet,extend release 12 hr OTC		20	
cough syrup 100 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
LANCING DEVICE OTC			
FOLTRATE 0.5 MG-1 MG TABLET OTC			
BACMIN 27 MG IRON-1 MG TABLET OTC			
DIALYVITE 1 MG-100 MG-300 MCG-50 MG TABLET OTC			
COMFORT LANCETS OTC			
FILTER NEEDLES 19 X 1 1/2"			
LANCETS, SUPER THIN OTC			
ALCOHOL PREP PADS OTC			
allergy relief d12 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC		20	
ALCOHOL WIPES OTC			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC			
BOTOX 100 UNIT INJECTION	PA		
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC			
FERRIMIN 150 456 MG (150 MG IRON) TABLET OTC		20	
INFUVITE PEDIATRIC 80 MG-400 UNIT-200 MCG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION		12	

EDS - Supido extendido de días • ST - Terapia por fases • QL - Límite en las cantidades • PA - Autorización previa • OTC - Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
UNILET EXCELITE LANCET ^{OTC}			
phytonadione (vitamin k1) 5 mg tablet	QL(5 cada 30 días)		
ADJUSTABLE LANCING DEVICE ^{OTC}			
KIMONO MICROTHIN CONDOMS ^{OTC}			
LANCETS,THIN ^{OTC}			
WAVESENSE CONTROL SOLUTION ^{OTC}			
sorbitol 2.7 gram-mannitol 0.54 gram/100 ml transurethral solution			
levomefolate calcium 15 mg tablet ^{OTC}			
BLUNT NEEDLE, DISPOSABLE 18 X 1 1/2"			
DYSPORT 500 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION	PA		
acetaminophen 325 mg/10.15 ml oral solution ^{OTC}		20	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC			
dextromethorphan-guaifenesin 20 mg-400 mg tablet ^{OTC}		20	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE ^{OTC}			
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE ^{OTC}			
allergy relief and nasal decongestant 10 mg-240 mg tablet,extended rel ^{OTC}		20	
belladonna alkaloids-opium 16.2 mg-60 mg rectal suppository		18	
UNILET COMFORTOUCH LANCET ^{OTC}			
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER			
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE			
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{OTC}			
ONE WAY VALVED MOUTHPIECE DEVICE ^{OTC}			
LANCETS,ULTRA THIN ^{OTC}			
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS ^{OTC}			
salsalate 750 mg tablet ^{EDS}			
neomycin 40 mg-polymyxin b 200,000 unit/ml gu irrigation solution			
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE ^{OTC}			
UNISTIK 2 NORMAL LANCET 21 GAUGE ^{OTC}			
lice solution 4 %-0.33 %-0.5 % topical kit ^{OTC}			
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 MM VAGINAL			
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW ^{OTC}			
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NORMAL ^{OTC}			
MEDISENSE COMBO PACK ^{OTC}			
EASIVENT MASK SMALL			
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, HIGH ^{OTC}			
bayer aspirin 325 mg tablet ^{OTC,EDS}		20	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION ^{OTC}			
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER			
SUPER THIN LANCETS ^{OTC}			
ULTRA TLC LANCETS ^{OTC}			
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION ^{OTC}			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
allergy relief-d (cetirizine) 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC		20	
PRIMEAIRE SPACER			
EASY TOUCH LANCETS 28 GAUGE OTC			
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE OTC			
allergy relief d-24hr 10 mg-240 mg tablet,extended release OTC		20	
tusnel diabetic 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE 1 ML OTC			
allergy and congestion relief 10 mg-240 mg tablet,extend release 24 hr OTC		20	
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml injection syringe			
MUCINEX 600 MG TABLET, EXTENDED RELEASE OTC		20	
loratadine-d 10 mg-240 mg tablet,extended release 24 hr OTC		20	
UNILET EXCELITE II LANCET OTC			
ULTILET CLASSIC LANCETS OTC			
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN OTC			
benzonatate 100 mg capsule		20	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1/2 ML 27 X 1/2"			
ADVANCED LANCING DEVICE KIT OTC			
RITEFLO AEROCHAMBER			
butilbital-aspirin-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg tablet			
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT OTC			
DIALYVITE 5000 5 MG TABLET OTC			
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION OTC			
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION OTC			
ELEMENT NORMAL CONTROL SOLUTION OTC			
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1"			
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK OTC			
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET OTC			
EVOLUTION NORMAL CONTROL SOLUTION OTC			
NEPHPLEX RX 1 MG-60 MG-300 MCG-12.5 MG TABLET OTC			
FANTASY CONDOM OTC			
TRUSTEX NON-LUBRICATED CONDOMS OTC			
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT			
ferrous sulfate 15 mg iron (75 mg)/ml oral drops OTC		20	
FER-IN-SOL 15 MG IRON (75 MG)/ML ORAL DROPS OTC		20	
tussin 100 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION OTC			
LITEAIRE MDI CHAMBER			
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH OTC			
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW OTC			
INFINITY CONTROL SOLUTION NORMAL OTC			
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE OTC			
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION OTC			
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION OTC			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION OTC			
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 3/8"			
SYRINGE			
PRECISION GLUCOSE/KETONE CONTR COMBO PACK OTC			
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" OTC			
SURE COMFORT LANCETS 28 GAUGE OTC			
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL SOLUTION OTC			
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE OTC			
TRUSTEX LATEX CONDOM OTC			
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION OTC			
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE			
PRECISION XTRA B-KETONE STRIPS OTC			
INTEGRA SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"			
ferrous sulfate 300 mg (60 mg iron)/5 ml oral liquid OTC		20	
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE OTC			
PRODIGY LANCING DEVICE OTC			
acetaminophen 650 mg/20.3 ml oral solution OTC		20	
KIMONO TEXTURED CONDOMS OTC			
fluoride 0.5 mg (1.1 mg sodium fluoride) chewable tablet OTC			
promethazine vc 6.25 mg-5 mg/5 ml oral syrup		20	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW SOLUTION OTC			
SURE COMFORT LANCING PEN OTC			
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS OTC			
fluoride 0.5 mg (1.1 mg sodium fluoride)/ml oral drops OTC			
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, LOW OTC			
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION,HIGH OTC			
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT OTC			
SOLUS V2 LANCETS 30 GAUGE OTC			
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL SOLUTION OTC			
BOTOX 200 UNIT INJECTION	PA		
ASSURE DOSE NORMAL-HIGH CONTROL SOLUTION OTC			
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) tablet OTC		20	
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION OTC			
DIALYVITE 3000 3 MG-70 MCG-15 MG TABLET OTC			
AUTOLET IMPRESSION LANCING DEVICE KIT OTC			
ULTRA THIN LANCETS OTC			
pyridoxine (vitamin b6) 100 mg/ml injection solution			
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE OTC			
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION OTC			
ECLIPSE NEEDLE 23 GAUGE X 1"			
MICROLET LANCET OTC			
vitamin k1 10 mg/ml injection solution			
mucosa 400 mg tablet OTC		20	
cyanocobalamin (vit b-12) 1,000 mcg/ml injection solution	QL(2 cada 28 días)		
benzonatate 150 mg capsule		20	
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg chewable tablet OTC		12	
multi-vitamin with fluoride 0.5 mg chewable tablet OTC		12	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
multi-vitamin with fluoride 1 mg chewable tablet OTC		12	
mucus relief er 600 mg tablet, extended release OTC		20	
ULTICARE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE			
VORTEX HOLDING CHAMBER			
ferro-time 325 mg (65 mg iron) tablet OTC		20	
belladonna alkaloids-opium 16.2 mg-30 mg rectal suppository		18	
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE OTC			
FORA HIGH CONTROL SOLUTION OTC			
FORA LOW CONTROL SOLUTION OTC			
SOFT TOUCH LANCETS OTC			
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION OTC			
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORMAL OTC			
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" OTC			
TRUEPLUS LANCETS 33 GAUGE OTC			
UNIVERSAL 1 LANCETS 33 GAUGE OTC			
infants' pain and fever 160 mg/5 ml oral suspension OTC		20	
ON CALL LANCING DEVICE OTC			
ON CALL LANCET 30 GAUGE OTC			
ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION OTC			
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE OTC			
CAREONE ULTRA THIN LANCET OTC			
CAREONE THIN LANCET OTC			
CAREONE LANCING DEVICE OTC			
SPEEDYSWAB COVID-19 AND FLU KIT OTC			
ADVOCATE CONTROL SOLUTION HIGH OTC			
ADVOCATE LANCING DEVICE OTC			
ADVOCATE LOW CONTROL SOLUTION OTC			
ferrous sulfate 324 mg (65 mg iron) tablet, delayed release OTC		20	
TRUECONTROL LEVEL 0 SOLUTION OTC			
TRUECONTROL LEVEL 1 SOLUTION OTC			
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE OTC			
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE			
MONOJECT SAFETY SYRINGES 6 ML			
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL 1 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE			
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE OTC			
CHOSEN LANCING DEVICE OTC			
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE OTC			
PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW OTC			
PRODIGY CONTROL SOLUTION, HIGH OTC			
ferosul 325 mg (65 mg iron) tablet OTC		20	
CHOSEN LANCET 30 GAUGE OTC			
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS OTC			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 25 GAUGE OTC			
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER			
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH SMALL MASK			
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH MEDIUM MASK			
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH LARGE MASK			
GLUCOCARD EXPRESSION SOLUTION OTC			
LITETOUGH-SMALL MASK			
LITETOUGH-LARGE MASK			
children's pain and fever relief 160 mg/5 ml oral suspension OTC		20	
ECLIPSE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"			
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION OTC			
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS OTC	QL(200 cada 30 días)		
ECLIPSE NEEDLE 25 GAUGE X 5/8"			
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 MM VAGINAL			
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION OTC			
loratadine-d 5 mg-120 mg tablet,extended release 12 hr OTC		20	
vitamins a,c,d and fluoride 0.25 mg fluoride (0.55 mg)/ml oral drops OTC		12	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION OTC			
LITE TOUCH-MEDIUM MASK			
SURE-TOUCH LANCET OTC			
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 MM VAGINAL			
NOVA SAFETY LANCETS 28 GAUGE OTC			
V-GO 20 DEVICE	PA		
V-GO 30 DEVICE	PA		
V-GO 40 DEVICE	PA		
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL SOLUTION OTC			
adult tussin cough congestion dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
allergy complete-d 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC		20	
AGAMATRIX CONTROL NORM-HI SOLUTION OTC			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC			
robafen 100 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
dextromethorphan-guaifenesin 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE OTC			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC			
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" OTC			
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" OTC			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
BD ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" OTC			
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC			
AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT			
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"			
SMARTEST LANCET OTC			
SMARTEST CONTROL SOLUTION OTC			
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1"			
SURE-PEN LANCING DEVICE OTC			
sterile water for injection			
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) capsule			
UNISTIK CZT LANCET 28 GAUGE OTC			
lorata-dine d 10 mg-240 mg tablet,extended release OTC		20	
FEMCAP 22 MM VAGINAL DEVICE			
FEMCAP 30 MM VAGINAL DEVICE			
FEMCAP 26 MM VAGINAL DEVICE			
ferrous gluconate 324 mg (38 mg iron) tablet OTC		20	
ALCOHOL SWABS OTC			
TIS-U-SOL PENTALYTE 800-40-20-8.75-6.25 MG/100 ML			
IRRIGATION SOLUTION			
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH OTC			
BLOOD GLUCOSE CONTROL HIGH, NORMAL, AND LOW SOLUTION OTC			
BLOOD GLUCOSE CONTROL, NORMAL SOLUTION OTC			
BLOOD GLUCOSE CONTROL, HIGH AND NORMAL SOLUTION OTC			
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE OTC			
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE OTC			
children's acetaminophen 160 mg/5 ml oral suspension OTC		20	
tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
CHOICE DM CLARUS NORMAL CONTROL SOLUTION OTC			
SUREFLEX LANCING DEVICE WITH LANCETS KIT OTC			
METER-CHECK SOLUTION OTC			
DYSPORT 300 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION	PA		
AIMSCO LATEX CONDOM OTC			
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE OTC			
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE OTC			
TRUEPLUS INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE OTC			
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE OTC			
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE OTC			
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE OTC			
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE OTC			
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE OTC			
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE OTC			
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE OTC			
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE OTC			
LANCETS 33 GAUGE OTC			
LANCETS 30 GAUGE OTC			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
hydrocodone-homatropine 5 mg-1.5 mg/5 ml (5 ml) oral syrup	QL(300 cada 30 días)	18	20
SMART SENSE LANCETS 33 GAUGE OTC			
E-Z JECT LANCETS 33 GAUGE OTC			
ULTRA THIN LANCETS 33 GAUGE OTC			
GLUCOCOM LANCETS 33 GAUGE OTC			
MONOJECT SYRINGE 3 ML			
PEDIATRIC PANDA MASK OTC			
ORA-BLEND SF ORAL SUSPENSION OTC	QL(2000 cada 30 días)		
ORA-BLEND ORAL SUSPENSION OTC	QL(2000 cada 30 días)		
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 26 GAUGE X 3/8" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 27 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"			
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 22 GAUGE X 1" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 23 GAUGE X 1" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"			
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 21 GAUGE X 1" SYRINGE			
EZ SMART CONTROL SOLUTION OTC			
POCKET CHAMBER SPACER			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1 1/2"			
chest congestion relief 400 mg tablet OTC		20	
SAFETY NEEDLES 18 GAUGE X 1 1/2"			
8 hour pain reliever 650 mg tablet,extended release OTC		20	
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 5/8" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 26 GAUGE X 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 27 GAUGE X 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 30 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 10 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2"			
HYPOLANCE AST LANCING KIT OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1 1/2" OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1"			
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 18 GAUGE X 1" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 18 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 19 GAUGE X 1" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 19 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
SURGUARD2 SAFETY 20 GAUGE X 1" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 20 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 21 GAUGE X 1" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 21 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
INFUVITE ADULT 3300 UNIT-150 MCG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
feosol 325 mg (65 mg iron) tablet OTC		20	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER			
PANDA MASK OTC			
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CONDOM OTC			
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SMALL MASK			
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLOW SIGNAL			
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MEDIUM MASK			
MONOJECT PHARMACY TRAY REGULAR TIP 1 ML SYRINGE OTC			
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 MM VAGINAL			
MOUTHPIECE DEVICE OTC			
iron 325 mg (65 mg iron) tablet OTC		20	
lidocaine 3 %-hydrocortisone 0.5 % rectal cream			
MONOJECT PHARMACY TRAY REGULAR TIP 1 ML SYRINGE			
chest congestion relief dm 20 mg-400 mg tablet OTC		20	
AGAMATRIX CONTROL HIGH SOLUTION OTC			
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE OTC			
HEALTHY ACCENTS AUTOLET IMPRESSION LANCING DEVICE OTC			
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE OTC			
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL OTC			
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE OTC			
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE OTC			
INCONTROL LANCING DEVICE OTC			
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH SOLUTION OTC			
ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL LOW SOLUTION OTC			
EVCARE G2 SOLUTION OTC			
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS OTC			
EASY TOUCH LANCING DEVICE OTC			
ENEMEEZ 283 MG/5 ML ENEMA OTC		12	20
ENEMEEZ PLUS 283 MG-20 MG/5 ML ENEMA OTC		12	20
MEDPOINT NORMAL CONTROL SOLUTION OTC			
CONTOUR NEXT LEVEL 1 CONTROL SOLUTION OTC			
CONTOUR NEXT LEVEL 2 CONTROL SOLUTION OTC			
liquituss gg 200 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
2TEK CONTROL (HIGH-NORMAL) SOLUTION OTC			
SURGUARD2 SAFETY 22 GAUGE X 1" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 22 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1" NEEDLE OTC			
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1" NEEDLE			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1" OTC			
BREATHERITE MDI SPACER			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
BREATHERITE VALVED MDI SPACER			
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER			
BREATHERITE SPACER AND MASK, NEONATE			
BREATHERITE SPACER AND MASK, INFANT			
BREATHERITE SPACER AND MASK, SMALL CHILD			
BREATHERITE SPACER AND MASK, CHILD			
BREATHERITE SPACER AND MASK, ADULT			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 30 GAUGE X 3/4"			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 27 GAUGE X 1/2"			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 27 GAUGE X 1/2" OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 26 GAUGE X 1 1/2"			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1 1/2"			
vitamin k 1 mg/0.5 ml injection solution			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 5/8"			
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION OTC			
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT OTC			
SILICONE MASK - INFANT			
SILICONE MASK - PEDIATRIC OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 5/8" OTC			
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS OTC			
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS OTC			
EASIVENT HOLDING CHAMBER			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 1"			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 1" OTC			
mucus relief 400 mg tablet OTC		20	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 22 X 1 1/2"			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1 1/2"			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1 1/2" OTC			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1"			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1" OTC			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2"			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2" OTC			
MONOJECT SYRINGE 6 ML			
ORIAHNN 300-1-0.5 MG(AM)/300 MG(PM) CAPSULES	PA		
FREESTYLE LIBRE 2 READER	PA		
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT	PA		
CEQUR SIMPLICITY 2 UNIT DEVICE	PA		
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L1,L3 OTC			
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L2 OTC			
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION-NORMAL OTC			
children's acetaminophen 160 mg/5 ml oral liquid OTC	20		
tussin dm max 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC	20		
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS OTC			
CARETOUCH SAFETY LANCETS 28 GAUGE OTC			
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE OTC			
EASY COMFORT ALCOHOL PAD TOPICAL PADS OTC			
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE OTC			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
m-pap 160 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
PIP LANCET 28 GAUGE OTC			
PIP LANCET 30 GAUGE OTC			
tusnel-ex 100 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
TRUSTEX-RIA NON-LUBRICATED CONDOMS OTC			
AEROTRACH PLUS SPACER			
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE KIT OTC			
dextromethorphan-guaifenesin 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup OTC		20	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 33 GAUGE OTC			
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE OTC			
ONETOUCH ULTRA2 METER OTC			
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE OTC			
VIVAGUARD LANCING DEVICE OTC			
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L1,L2,L3 OTC			
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" OTC			
sterile water for ic-green injection solution			
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE COMBO PACK OTC			
tussin dm cough and chest 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
E-Z JECT LANCETS OTC			
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" OTC			
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg/ml injection solution			
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" OTC			
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT OTC			
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET 33 GAUGE OTC			
AEROVENT PLUS SPACER			
ONETOUCH VERIO FLEX METER OTC			
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE OTC			
FINGERSTIX LANCETS OTC			
EVENCARE MINI GLUCOSE CONTROL SOLUTION OTC			
vp-vite rx 1 mg-60 mg-300 mcg tablet OTC			
nicotine (polacrilex) 4 mg gum OTC		18	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE OTC			
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE OTC			
EASY TOUCH TWIST LANCETS 33 GAUGE OTC			
EASY TOUCH TWIST LANCETS 32 GAUGE OTC			
EASY TOUCH TWIST LANCETS 30 GAUGE OTC			
EASY TOUCH TWIST LANCETS 28 GAUGE OTC			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28 GAUGE OTC			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE OTC			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23 GAUGE OTC			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE OTC			
sodium citrate-citric acid 500 mg-334 mg/5 ml oral solution OTC			
EASIVENT MASK LARGE			
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE OTC			
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCING DEVICE+LANCETS KIT OTC			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE OTC			
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS OTC			
SIKLOS 1,000 MG TABLET	PA,QL(120 cada 30 días)	2	
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2) SOLUTION OTC			
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1) SOLUTION OTC			
TWIST LANCETS 32 GAUGE OTC			
TWIST LANCETS 30 GAUGE OTC			
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT	PA		
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	PA		
TRUSTEX-RIA LUBRICATED/SPERMICIDE CONDOM OTC			
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)			
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA		
guaifenesin 100 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
bacteriostatic water(parabens) injection solution			
EVENCARE PROVIEW CONTROL-L2,L3 SOLUTION OTC			
HARMONY CONTROL L1,L3 SOLUTION OTC			
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE OTC			
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE OTC			
SIKLOS 100 MG TABLET	PA,QL(1050 cada 30 días)	2	
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg tablet			
BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC			
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC			
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC			
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM OTC			
sterile water for kcentra injection solution			
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" OTC			
READYLANCE SAFETY LANCETS 28 GAUGE OTC			
READYLANCE SAFETY LANCETS 26 GAUGE OTC			
READYLANCE SAFETY LANCETS 23 GAUGE OTC			
READYLANCE SAFETY LANCETS 21 GAUGE OTC			
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" OTC			
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" OTC			
acetaminophen er 650 mg tablet,extended release OTC		20	
ULTILET ALCOHOL SWAB OTC			
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/8" OTC			
FLEXICHAMBER-LARGE CHILD MASK			
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2"			
TRUZONE PEAK FLOW METER			
tricitrates 550 mg-500 mg-334 mg/5 ml oral solution OTC			
FLEXICHAMBER-SMALL ADULT MASK			
FLEXICHAMBER-SMALL CHILD MASK			
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE OTC			
fluoride 0.25 mg (0.55 mg sodium fluoride) chewable tablet OTC			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
CARETOUCH TWIST LANCET 33 GAUGE ^{OTC}			
children's mapap 160 mg chewable tablet ^{OTC}		20	
NURTEC ODT 75 MG DISINTEGRATING TABLET	PA,QL(16 cada 30 días)	18	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE ^{OTC}			
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE ^{OTC}			
AGAMATRIX CONTROL SOLUTION-LEVEL 2 ^{OTC}			
CEQUR SIMPLICITY INSERTER	PA		
AGAMATRIX CONTROL SOLUTION-LEVEL 4 ^{OTC}			
PURE COMFORT ALCOHOL PADS ^{OTC}			
MAGELLAN TUBERCULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			
UBRELVY 100 MG TABLET	PA,QL(16 cada 30 días)	18	
UBRELVY 50 MG TABLET	PA,QL(16 cada 30 días)	18	
EZ-LETS 26 GAUGE ^{OTC}			
GOJJI LANCETS 30 GAUGE ^{OTC}			
GOJJI LANCING DEVICE ^{OTC}			
GOJJI GLUCOSE CONTROL SOLUTION-NORMAL ^{OTC}			
PHEXXI 1.8 %-1 %-0.4 % VAGINAL GEL		12	
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" ^{OTC}			
UNISTIK TOUCH LANCETS 28 GAUGE ^{OTC}			
water for irrigation, sterile solution			
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE ^{OTC}			
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{OTC}			
LANCETS ^{OTC}			
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW ^{OTC}			
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NORMAL ^{OTC}			
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH ^{OTC}			
DIALYVITE SUPREME D 3 MG-2,000 UNIT TABLET ^{OTC}			
folic acid 1 mg tablet ^{EDS}			
SMARTDIABETES VANTAGE ^{OTC}			
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU			
MAGELLAN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"			
AEROCHAMBER MINI			
AUTO-LANCET MINI ^{OTC}			
water for injection, bacteriostatic injection solution			
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE ^{OTC}			
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA 15 X 10 ML			
salicylic acid 27.5 % topical film-forming liquid			
water for injection, sterile intravenous solution			
GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{OTC}			
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE ^{OTC}			
AQUA LANCE LANCING DEVICE ^{OTC}			
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH LANCET 28 GAUGE ^{OTC}			
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEVICE KIT ^{OTC}			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
infant pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension OTC		20	
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO COMBO PACK OTC			
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION OTC			
ULTRALANCE LANCETS 28 GAUGE OTC			
dextromethorphan-guaifenesin er 60 mg-1,200 mg tab,extend release,12hr OTC		20	
iron er 159 mg (45 mg iron) tablet,extended release OTC		20	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" OTC			
caffeine citrate 60 mg/3 ml (20 mg/ml) oral solution	QL(90 cada 30 días)		
ferrous gluconate 324 mg (37.5 mg iron) tablet OTC			
IODOPEN 100 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION			
caffeine citrate 60 mg/3 ml (20 mg/ml) intravenous solution	QL(90 cada 30 días)		
EASYGLUCO PLUS NORMAL CONTROL SOLUTION OTC			
NOVAMAX PLUS GLU-KET SOLUTION OTC			
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION OTC			
tussin 400 mg tablet OTC		20	
infants' pain relief 160 mg/5 ml oral suspension OTC		20	
AUTOLET LANCING DEVICE OTC			
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION OTC			
EASY STEP HIGH CONTROL SOLUTION OTC			
EASY STEP NORMAL CONTROL SOLN SOLUTION OTC			
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE OTC			
ULTI-LANCE MISC OTC			
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" OTC			
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" OTC			
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD			
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLER			
acetic acid 0.25 % irrigation solution			
TEL CARE CONTROL SOLUTION OTC			
ONETOUCH ULTRA2 METER KIT OTC			
levomefolate calcium 7.5 mg tablet OTC			
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LARGE MASK			
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) capsule			
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) tablet,delayed release OTC		20	
SURE-LANCE OTC			
DROPLET LANCING DEVICE OTC			
ONETOUCH ULTRA TEST STRIPS OTC	QL(200 cada 30 días)		
PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN COMBO PACK OTC			
DROPLET LANCETS 30 GAUGE OTC			
slow release iron 143 mg (45 mg iron) tablet,extended release OTC		20	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE OTC			
FORACARE LANCETS 30 GAUGE OTC			
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE			
FORA LANCING DEVICE OTC			
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE OTC			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
ECLIPSE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"			
phenazopyridine 100 mg tablet			
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION OTC			
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION OTC			
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 MM VAGINAL			
butilbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-300 mg-40 mg capsule	QL(120 cada 365 días)		
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION OTC			
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION OTC			
PROCHAMBER			
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT OTC			
water for injection, sterile injection solution			
nicotine (polacrilex) 2 mg buccal mini lozenge OTC		18	
nicotine (polacrilex) 4 mg buccal mini lozenge OTC		18	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION OTC			
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"			
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD TOPICAL PADS OTC			
CARETOUCH TWIST LANCET 30 GAUGE OTC			
CARETOUCH LANCING DEVICE OTC			
tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
PRO COMFORT LANCET 31 GAUGE OTC			
READYLANCE SAFETY LANCETS 30 GAUGE OTC			
MINIMED SYRINGE RESERVOIR 1.8 ML			
MINIMED SYRINGE RESERVOIR 3 ML			
potassium citrate-citric acid 1,100 mg-334 mg/5 ml oral solution OTC			
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 MM VAGINAL			
SURE COMFORT LANCETS 23 GAUGE OTC			
SURE COMFORT LANCETS 21 GAUGE OTC			
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE OTC			
AEROCHAMBER MV SPACER			
folic acid 5 mg/ml injection solution			
sodium chloride 0.9 % irrigation solution			
promethazine-phenylephrine 6.25 mg-5 mg/5 ml oral syrup		20	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL CONDOM OTC			
PRO COMFORT ALCOHOL PADS OTC			
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE OTC			
INCONTROL ALCOHOL PADS OTC			
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml oral suspension OTC		20	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml oral elixir OTC		20	
mucus relief er 1,200 mg tablet, extended release OTC		20	
children's pain and fever relief 160 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 21 GAUGE OTC			
AUTOLET PLUS LANCING DEVICE OTC			
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE OTC			
mucus-er max 1,200 mg tablet, extended release OTC		20	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT OTC			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
COOL CONTROL B SOLUTION OTC			
COOL CONTROL A SOLUTION OTC			
UNISTIK TOUCH LANCETS 30 GAUGE OTC			
UNISTIK TOUCH LANCETS 23 GAUGE OTC			
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" OTC			
COAGUCHEK LANCETS OTC			
ON CALL PLUS LANCING DEVICE OTC			
ORA-SWEET ORAL SYRUP OTC	QL(2000 cada 30 días)		
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE OTC			
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE OTC			
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 23 GAUGE OTC			
ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION OTC			
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,LARGE MASK			
MEDLANCE PLUS LANCETS 30 GAUGE OTC			
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE OTC			
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,MEDIUM MASK			
aspirin 300 mg rectal suppository OTC,EDS		20	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE OTC			
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,SMALL MASK			
FLEXICHAMBER SPACER			
LITE TOUCH LANCETS 33 GAUGE OTC			
ADVOCATE LANCET 23 GAUGE OTC			
NOVA SUREFLEX LANCETS OTC			
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION OTC			
LANCETS,THIN 28 GAUGE OTC			
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE OTC			
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE OTC			
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE OTC			
MEPHYTON 5 MG TABLET	QL(5 cada 30 días)		
SURE-LANCE 28 GAUGE OTC			
ULTILET LANCETS 28 GAUGE OTC			
ULTILET CLASSIC LANCETS 28 GAUGE OTC			
ASSURE LANCE 28 GAUGE OTC			
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 28 GAUGE OTC			
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE OTC			
RELIAMED LANCET 28 GAUGE OTC			
ORA-SWEET SF ORAL LIQUID OTC	QL(2000 cada 30 días)		
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE OTC			
RELIAMED LANCET 23 GAUGE OTC			
SAFETY LANCETS 28 GAUGE OTC			
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 28 GAUGE OTC			
ACTI-LANCE LANCETS 28 GAUGE OTC			
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION OTC			
MUCINEX 1,200 MG TABLET, EXTENDED RELEASE OTC		20	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" OTC			
PRODIGY LANCETS 28 GAUGE OTC			
guaifenesin er 1,200 mg tablet, extended release 12 hr OTC		20	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION OTC			
ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE OTC			
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION OTC			
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 28 GAUGE OTC			
UNILET LANCET 28 GAUGE OTC			
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 1/2"			
SYRINGE			
child mucus relief cough 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE OTC			
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE OTC			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC			
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 MM VAGINAL			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC			
MONOJECT SAFETY SYRINGES			
MONOJECT SAFETY SYRINGES OTC			
GLUCOCOM CONTROL NORMAL SOLUTION OTC			
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH SOLUTION OTC			
LANCETS 28 GAUGE OTC			
LANCETS 26 GAUGE OTC			
LANCETS 21 GAUGE OTC			
SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE OTC			
multi-vitamin with fluoride 0.5 mg/ml oral drops OTC		12	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 21 GAUGE X 1" NEEDLE			
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE OTC			
ASSURE LANCE PLUS 30 GAUGE OTC			
MONOJECT BLOOD COLLECTION 20 X 1 1/2" NEEDLE			
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE OTC			
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGE OTC			
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE OTC			
BD MICROTAINER LANCET 30 GAUGE OTC			
MONOJECT BLOOD COLLECTION 20 GAUGE X 1" NEEDLE			
SURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE OTC			
ferate 240 mg (27 mg iron) tablet OTC		20	
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT OTC			
GLUCOCOM LANCETS 30 GAUGE OTC			
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTION OTC			
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER OTC			
glucagon hcl 1 mg/ml solution for injection			
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE OTC			
UNISTIK SAFETY 30 GAUGE OTC			
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLUTION OTC			
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE OTC			
TECHLITE LANCETS 30 GAUGE OTC			
nicotine (polacrilex) 2 mg gum OTC		18	
INJECT EASE LANCETS 30 GAUGE OTC			
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 1 ML			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE OTC			
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 3 ML			
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE OTC			
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 6 ML			
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 35 ML			
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 60 ML			
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg capsule			
8hr muscle aches-pain 650 mg tablet,extended release OTC		20	
MICROCHAMBER SPACER			
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH LANCET 30 GAUGE OTC			
ULTILET LANCETS 30 GAUGE OTC			
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 28 GAUGE OTC			
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 30 GAUGE OTC			
ULTILET CLASSIC LANCETS 30 GAUGE OTC			
promethazine-dm 6.25 mg-15 mg/5 ml oral syrup	QL(300 cada 30 días)	20	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE OTC			
ULTRA THIN LANCETS 30 GAUGE OTC			
MONOJECT ENFIT SYRINGE 12 ML			
MONOJECT ENFIT SYRINGE 12 ML OTC			
LITE TOUCH LANCETS 30 GAUGE OTC			
mucus relief dm cough 20 mg-400 mg tablet OTC		20	
TRUEPLUS LANCETS 30 GAUGE OTC			
ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL SOLUTION OTC			
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION OTC			
all day allergy-d 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC		20	
ACTI-LANCE LANCETS 23 GAUGE OTC			
CAYA CONTOURED 65 MM-80 MM VAGINAL DIAPHRAGM			
OPTUMRX SOLUTION OTC			
phytonadione (vitamin k1) 10 mg/ml injection solution			
fluoride 1 mg (2.2 mg sodium fluoride) chewable tablet OTC			
MONOLET LANCETS 21 GAUGE OTC			
TD GOLD LEVEL 1 CONTROL SOLUTION OTC			
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE OTC			
TD GOLD LEVEL 2 CONTROL SOLUTION OTC			
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS OTC			
TD GOLD LEVEL 3 CONTROL SOLUTION OTC			
RIGHTEST GC250S CONTROL SOLUTION NORMAL OTC			
COMFORT EZ LANCETS 28 GAUGE OTC			
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS OTC			
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE OTC			
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGE OTC			
EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION OTC			
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT OTC			
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 MM VAGINAL			
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TABLET	PA	18	
guaifenesin er 600 mg tablet, extended release 12 hr OTC		20	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER LOCK 12 ML			
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" OTC			
UNISTRIP HIGH CONTROL SOLUTION OTC			
UNISTRIP LOW CONTROL SOLUTION OTC			
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE OTC			
lactated ringers irrigation solution			
ed-apap 160 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
SINGLE-LET MISC OTC			
lice killing 0.33 %-4 % shampoo OTC		20	
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT OTC			
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT OTC			
BINAXNOW COVID-19 AG CARD HOME TEST KIT OTC			
DIALYVITE 100 MG-1 MG TABLET OTC			
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT OTC			
EASIVENT MASK MEDIUM			
salicylic acid 6 % topical gel			
diluent for melphalan (sodium citrate) 10 ml intravenous solution			
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT OTC			
ALCOHOL PADS OTC			
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT OTC			
DEXCOM G7 RECEIVER	PA		
COMFORT TOUCH PLUS PRESSURE ACTIVATED SAFETY LANCETS 30 GAUGE OTC			
COMFORT TOUCH ULTRA THIN LANCETS 31 GAUGE OTC			
CATHFLO ACTIVASE 2 MG INTRA-CATHETER SOLUTION	QL(2 cada 28 días)		
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE OTC			
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS OTC			
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE	PA		
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE OTC			
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION OTC			
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION OTC			
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION OTC			
GE333 CONTROL SOLUTION NORMAL OTC			
RIGHTEST GC700 LEVEL 2 CONTROL SOLUTION OTC			
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DEVICE OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1"			
RIGHTEST GT333 LEVEL 2 CONTROL SOLUTION OTC			
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) 5 MG-1.5 MG TABLET	18	20	
phenazopyridine 200 mg tablet			
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE OTC			
dodex 1,000 mcg/ml injection solution	QL(2 cada 28 días)		
GLUCOCOM CONTROL HIGH SOLUTION OTC			
MICRODOT LANCET 28 GAUGE OTC			
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA		
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA		

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" OTC			
NANO-CHECK COVID-19 AG TEST KIT			
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE OTC			
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE OTC			
SMART SENSE LANCETS 26 GAUGE OTC			
EMBRACE PRO SOLUTION OTC			
COLOR LANCETS 21 GAUGE OTC			
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP OTC	QL(200 cada 30 días)		
TRUE METRIX GLUCOSE METER OTC			
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION OTC			
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION OTC			
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION OTC			
EMBRACE EVO LEVEL 1 SOLUTION OTC			
ULTILET LANCETS 33 GAUGE OTC			
FORTISCARE LOW SOLUTION OTC			
FORTISCARE NORMAL SOLUTION OTC			
LUCIRA COVID-19 AND FLU TEST KIT			
FORTISCARE HIGH SOLUTION OTC			
SAFETY LANCETS 26 GAUGE OTC			
EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION OTC			
EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION OTC			
RELIAMED MINI LANCING DEVICE OTC			
RELIAMED LANCET 30 GAUGE OTC			
THIN LANCETS 26 GAUGE OTC			
E-Z JECT LANCETS 26 GAUGE OTC			
ADVOCATE LANCET 28 GAUGE OTC			
FREESTYLE LIBRE 3 READER	PA		
VITAL-D RX 1,750 UNIT-60 MG-1 MG-12.5 MG TABLET OTC			
LYFGENIA 1.7 X TO 20 X 10EXP6 CELL/ML INTRAVENOUS SUSPENSION	PA	12	
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE OTC			
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml injection solution			
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK OTC			
CHEST CONGESTION RELIEF 100 MG/5 ML ORAL LIQUID OTC		20	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 MM X 2 MM OTC			
BD ALCOHOL SWABS OTC			
LITE TOUCH LANCING DEVICE OTC			
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE OTC			
UNIVERSAL 1 LANCETS 30 GAUGE OTC			
UNIVERSAL 1 LANCETS 26 GAUGE OTC			
TEL CARE LANCETS 30 GAUGE OTC			
CARESOFT LANCING DEVICE OTC			
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT OTC			
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 21 GAUGE OTC			
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE OTC			
mucus relief dm max 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC		20	
UNISTIK 2 COMFORT LANCET 28 GAUGE OTC			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
TECHLITE LANCETS 25 GAUGE ^{OTC}			
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml oral solution ^{OTC}		20	
UNISTIK 3 DUAL LANCET 18 GAUGE ^{OTC}			
STRIVE PEAK FLOW METER			
TECHLITE LANCETS 28 GAUGE ^{OTC}			
E-Z JECT LANCETS 30 GAUGE ^{OTC}			
MONOJECT TB LUER LOK 1 ML SYRINGE			
cetirizine 5 mg-pseudoephedrine er 120 mg tablet,extended release,12hr ^{OTC}		20	
neomycin 3.5 mg/g-polymyxin b 10,000 unit/g-dexameth 0.1 % eye oint			
cyclopentolate 2 % eye drops			
TOBRADEX 0.3 %-0.1 % EYE OINTMENT			
CIMERLI 0.3 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SOLUTION		18	
CIMERLI 0.5 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SOLUTION		18	
phenylephrine 2.5 % eye drops			
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) eye drops			
TOBRADEX 0.3 %-0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION			
atropine 1 % eye drops			
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS			
ROCKLATAN 0.02 %-0.005 % EYE DROPS		18	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment			
polymyxin b sulfate 10,000 unit-trimethoprim 1 mg/ml eye drops			
atropine 1 % eye ointment			
phenylephrine 10 % eye drops			
tobramycin 0.3 %-dexamethasone 0.1 % eye drops,suspension			
polycin 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment			
TOBRADEX ST 0.3 %-0.05 % EYE DROPS,SUSPENSION			
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE			
ak-poly-bac 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment			
cyclopentolate 0.5 % eye drops			
dorzolamide 22.3 mg-timolol 6.8 mg/ml eye drops	QL(10 cada 30 días)		
cyclopentolate 1 % eye drops			
bacitracin-polymyxin b 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment			
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE			
CYSTARAN 0.44 % EYE DROPS	QL(60 cada 28 días)		
neomycin-polymyxin-dexameth 3.5 mg/ml-10,000 unit/ml-0.1% eye drops			
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS			
balanced salt intraocular solution			
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/gram eye oint			
XIIDRA 5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE			

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
BEPREVE 1.5 % EYE DROPS		2	
olopatadine 0.1 % eye drops ^{OTC}			
cromolyn 4 % eye drops			
olopatadine 0.1 % eye drops			
azelastine 0.05 % eye drops			
moxifloxacin 0.5 % eye drops	QL(6 cada 30 días)		
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) eye ointment			
ciprofloxacin 0.3 % eye drops			
gentamicin 0.3 % eye drops			
tobramycin 0.3 % eye drops	QL(10 cada 30 días)		
trifluridine 1 % eye drops			
ofloxacin 0.3 % eye drops			
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % eye drops			
ketorolac 0.5 % eye drops			
prednisolone acetate 1 % eye drops,suspension			
FLAREX 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION			
ALREX 0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION			
MAXIDEX 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION			
diclofenac 0.1 % eye drops			
diluprednate 0.05 % eye drops			
fluorometholone 0.1 % eye drops,suspension			
FML FORTE 0.25 % EYE DROPS,SUSPENSION			
timolol maleate 0.25 % eye gel forming solution	QL(15 cada 30 días)		
carteolol 1 % eye drops			
levobunolol 0.5 % eye drops			
timolol maleate 0.5 % eye drops	QL(15 cada 30 días)		
timolol maleate 0.25 % eye drops	QL(15 cada 30 días)		
timolol maleate 0.5 % eye gel forming solution	QL(15 cada 30 días)		
dorzolamide 2 % eye drops			
brimonidine 0.2 % eye drops			
RHOPRESSA 0.02 % EYE DROPS	QL(2.5 cada 25 días)	18	
latanoprost 0.005 % eye drops	QL(5 cada 30 días)		
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS	QL(5 cada 30 días)		
ciprofloxacin 0.3 %-dexamethasone 0.1 % ear drops,suspension			
CIPRODEX 0.3 %-0.1 % EAR DROPS,SUSPENSION			
DERMOTIC OIL 0.01 % EAR DROPS			
neomycin-polymyxin-hydrocort 3.5 mg/ml-10,000 unit/ml-1 % ear solution			
neomycin-polymyxin-hydrocort 3.5 mg-10,000 unit/ml-1 % ear drops,susp			
ofloxacin 0.3 % ear drops			
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	QL(120 cada 30 días)	4	
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(24 cada 30 días)		
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(21.2 cada 30 días)		
ASMANEX HFA 200 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(13 cada 30 días)	5	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
fluticasone propionate 250 mcg/actuation blister powder for inhalation	QL(120 cada 30 días)	4	
fluticasone propionate 50 mcg/actuation nasal spray,suspension	QL(16 cada 30 días)		
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION		5	
ASMANEX HFA 100 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(13 cada 30 días)	5	
QVAR REDIHALER 40 MCG/ACTUATION HFA BREATH ACTIVATED AEROSOL		4	
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION		5	
QVAR REDIHALER 80 MCG/ACTUATION HFA BREATH ACTIVATED AEROSOL		4	
ARNUITY ELLIPTA 200 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION		5	
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG/ACTUATION(30 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	QL(1 cada 30 días)	4	
FLOVENT DISKUS 250 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	QL(120 cada 30 días)	4	
fluticasone propionate 44 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	QL(21.2 cada 30 días)		
FLOVENT DISKUS 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	QL(120 cada 30 días)	4	
fluticasone propionate 220 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	QL(24 cada 30 días)		
fluticasone propionate 50 mcg/actuation blister powder for inhalation	QL(120 cada 30 días)	4	
budesonide 1 mg/2 ml suspension for nebulization	QL(120 cada 30 días)		
FLOVENT HFA 220 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(24 cada 30 días)		
ASMANEX HFA 50 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(13 cada 30 días)	5	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(120 DOSES) BREATH ACTIVATED INHLR	QL(1 cada 30 días)	4	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(14 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	QL(1 cada 30 días)	4	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(30 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	QL(1 cada 30 días)	4	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(60 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	QL(1 cada 30 días)	4	
budesonide 0.25 mg/2 ml suspension for nebulization	QL(120 cada 30 días)		
fluticasone propionate 100 mcg/actuation blister powder for inhalation	QL(120 cada 30 días)	4	
budesonide 0.5 mg/2 ml suspension for nebulization	QL(120 cada 30 días)		
fluticasone propionate 110 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	QL(24 cada 30 días)		
cetirizine 10 mg tablet ^{OTC}	QL(30 cada 30 días)	20	
diphenhydramine 12.5 mg/5 ml oral elixir ^{OTC}			
diphenhydramine 12.5 mg/5 ml oral elixir			
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution ^{OTC}		20	
diphenhydramine 50 mg/ml injection syringe			
children's allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution ^{OTC}	QL(300 cada 30 días)	11	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
all day allergy (cetirizine) 10 mg tablet ^{OTC}	QL(30 cada 30 días)	20	
children's all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution ^{OTC}	QL(300 cada 30 días)	11	
cetirizine 1 mg/ml oral solution	QL(300 cada 30 días)	11	
hydroxyzine pamoate 100 mg capsule			
children's allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml oral solution ^{OTC}	QL(300 cada 30 días)	11	
loratadine 5 mg/5 ml oral solution ^{OTC}		20	
levocetirizine 5 mg tablet			
hydroxyzine pamoate 50 mg capsule			
allergy relief (cetirizine) 5 mg tablet ^{OTC}	QL(30 cada 30 días)	20	
desloratadine 5 mg tablet			
cetirizine 5 mg tablet ^{OTC}	QL(30 cada 30 días)	20	
loratadine 10 mg tablet ^{OTC}	QL(30 cada 30 días)	20	
carbinoxamine 4 mg tablet			
azelastine 137 mcg (0.1 %) nasal spray			
loratadine 10 mg disintegrating tablet ^{OTC}		20	
children's allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution ^{OTC}		20	
children's cetirizine 1 mg/ml oral solution ^{OTC}	QL(300 cada 30 días)	11	
cyproheptadine 4 mg tablet			
allergy relief (loratadine) 10 mg disintegrating tablet ^{OTC}		20	
cetirizine 1 mg/ml oral solution ^{OTC}	QL(300 cada 30 días)	11	
hydroxyzine pamoate 25 mg capsule			
allergy relief (cetirizine) 10 mg tablet ^{OTC}	QL(30 cada 30 días)	20	
cyproheptadine 2 mg/5 ml oral syrup			
all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution ^{OTC}	QL(300 cada 30 días)	11	
diphenhydramine 50 mg/ml injection solution			
allergy relief (loratadine) 10 mg tablet ^{OTC}	QL(30 cada 30 días)	20	
montelukast 5 mg chewable tablet	QL(30 cada 30 días)		
montelukast 4 mg chewable tablet	QL(30 cada 30 días)		
montelukast 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION		6	
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG AND INHALATION CAPSULES	QL(30 cada 30 días)	18	
SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION		6	
ipratropium bromide 0.02 % solution for inhalation			
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(25.8 cada 30 días)		
epinephrine (jr) 0.15 mg/0.3 ml injection,auto-injector	QL(2 cada 30 días)		
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(36 cada 28 días)		
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	QL(60 cada 30 días)	4	
arformoterol 15 mcg/2 ml solution for nebulization	QL(120 cada 30 días)	18	
terbutaline 1 mg/ml subcutaneous solution			
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR			
albuterol sulfate concentrate 2.5 mg/0.5 ml solution for nebulization	QL(120 cada 30 días)		
EPIPEN JR 2-PAK 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR	QL(2 cada 30 días)		
EPIPEN 2-PAK 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR	QL(2 cada 30 días)		

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
albuterol sulfate 1.25 mg/3 ml solution for nebulization	QL(375 cada 30 días)		
PROVENTIL HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(36 cada 28 días)		
albuterol sulfate 2 mg/5 ml oral syrup			
AUVI-Q 0.15 MG/0.15 ML AUTO-INJECTOR (FOR 33 LB TO 66 LB PATIENTS)	QL(2 cada 30 días)		
PROAIR HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(36 cada 28 días)		
albuterol sulfate concentrate 5 mg/ml(0.5 %) solution for nebulization	QL(120 cada 30 días)		
epinephrine 0.3 mg/0.3 ml injection, auto-injector	QL(2 cada 30 días)		
AUVI-Q 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR	QL(2 cada 30 días)		
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml solution for nebulization	QL(375 cada 30 días)		
albuterol sulfate 2.5 mg/3 ml (0.083 %) solution for nebulization	QL(375 cada 30 días)		
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION	PA,QL(150 cada 30 días)	65	
cromolyn 100 mg/5 ml oral concentrate			
cromolyn 20 mg/2 ml solution for nebulization			
THEO-24 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE			
theophylline er 600 mg tablet,extended release 24 hr			
theophylline er 450 mg tablet,extended release,12 hr			
theophylline er 100 mg tablet,extended release,12 hr			
theophylline er 300 mg tablet,extended release,12 hr			
THEO-24 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE			
theophylline 80 mg/15 ml oral solution			
THEO-24 400 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE			
THEO-24 300 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE			
theophylline 80 mg/15 ml oral elixir			
theophylline er 200 mg tablet,extended release,12 hr			
theophylline er 400 mg tablet,extended release 24 hr			
epoprostenol (glycine) 0.5 mg intravenous solution			
epoprostenol 1.5 mg intravenous solution			
tadalafil 20 mg tablet (pulmonary hypertension)	PA		
sildenafil (pulmonary hypertension) 20 mg tablet	PA		
ambrisentan 10 mg tablet	PA		
ambrisentan 5 mg tablet	PA		
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	PA,QL(270 cada 30 días)		
epoprostenol (glycine) 1.5 mg intravenous solution			
sildenafil (pulmonary hypertension) 10 mg/ml oral powdr for suspension	PA		
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	PA,QL(270 cada 30 días)		
TRACLEER 62.5 MG TABLET	PA		
TRACLEER 125 MG TABLET	PA		
epoprostenol 0.5 mg intravenous solution			
OFEV 150 MG CAPSULE	PA		
OFEV 100 MG CAPSULE	PA		

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
FASENRA 30 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE acetylcysteine 100 mg/ml (10 %) solution	PA	6	
STIOLTO RESPIMAT 2.5 MCG-2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION	QL(4 cada 25 días)		
DYMISTA 137 MCG-50 MCG/SPRAY NASAL SPRAY			
COMBIVENT RESPIMAT 20 MCG-100 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION	QL(8 cada 25 días)		
ANORO ELLIPTA 62.5 MCG-25 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) solution		18	
ADVAIR HFA 230 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(12 cada 30 días)	4	
ADVAIR HFA 45 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(12 cada 30 días)	4	
ADVAIR HFA 115 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER sodium chloride 0.9 % for nebulization	QL(12 cada 30 días)	4	
DULERA 50 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	QL(13 cada 30 días)	5	
FASENRA 10 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA	6	
FASENRA PEN 30 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ipratropium 0.5 mg-albuterol 3 mg (2.5 mg base)/3 ml nebulization soln	PA	6	
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	QL(10.2 cada 30 días)	6	
SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	QL(10.2 cada 30 días)	6	
ADVAIR DISKUS 250 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION sodium chloride 10 % for nebulization	QL(60 cada 30 días)	4	
DULERA 100 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	QL(13 cada 30 días)	5	
DULERA 200 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	QL(13 cada 30 días)	5	
ADVAIR DISKUS 500 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	QL(60 cada 30 días)	4	
ADVAIR DISKUS 100 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION orphenadrine citrate er 100 mg tablet,extended release	QL(60 cada 30 días)	4	
cyclobenzaprine 10 mg tablet			
cyclobenzaprine 5 mg tablet			
methocarbamol 750 mg tablet			
chlorzoxazone 500 mg tablet			
methocarbamol 500 mg tablet			
estazolam 2 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
zolpidem 10 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
eszopiclone 1 mg tablet	QL(90 cada 365 días)	18	
zaleplon 10 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	18	
estazolam 1 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
temazepam 15 mg capsule	QL(30 cada 30 días)	18	
ramelteon 8 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	65	
eszopiclone 2 mg tablet	QL(90 cada 365 días)	18	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso	Edad mínima	Edad máxima
temazepam 30 mg capsule	QL(30 cada 30 días)	18	
zolpidem 5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
eszopiclone 3 mg tablet	QL(90 cada 365 días)	18	
zaleplon 5 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	18	
armodafinil 200 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
armodafinil 150 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
armodafinil 50 mg tablet	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
armodafinil 250 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
modafinil 100 mg tablet	PA,QL(90 cada 30 días)	18	
modafinil 200 mg tablet	PA,QL(60 cada 30 días)	18	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa •

OTC – Medicamentos sin receta

Notas

Notas

Notas

ENGLISH: This information is available for free in other languages and formats. Please contact our Customer Service number at **800-477-6931**. If you use **TTY**, call **711**, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

SPANISH: Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al **800-477-6931**. Si usa un **TTY**, marque **711**. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

CREOLE: Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang ak fòma. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Kliyan nou an nan **800-477-6931**. Si ou itilize **TTY**, rele **711**, Lendi - Vandredi, 8 a.m. a 8 p.m.

FRENCH: Ces informations sont disponibles gratuitement dans d'autre langues et formats. N'hésitez pas à contacter notre service client au **800-477-6931**. Si vous utilisez un appareil de télétype (**TTY**), appelez le **711** du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00.

ITALIAN: Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue e formati. La preghiamo di contattare il servizio clienti al numero **800-477-6931**. Se utilizza una telescrivente (**TTY**), chiavi il numero **711** dal lunedì al venerdì tra le 8 e le 20:00.

RUSSIAN: Данную информацию можно получить бесплатно на других языках и в форматах. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру **800-477-6931**. Если Вы пользователь **TTY**, звоните по номеру **711** с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00.

Llame si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, dificultades para leer o entender este documento, llámenos al **800-477-6931 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo alguno para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su primer idioma. También podemos ayudarle si necesita ayuda de la vista o de audición. Consulte su Manual del afiliado en relación a sus derechos.

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **800-477-6931** o si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., la Oficina de Derechos Civiles,
por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o al **U.S. Department of Health and Human Services**,
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**,
800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en
<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

800-477-6931 (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Humana Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan Inc.

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **800-477-6931 (TTY: 711)**.

Español: (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **800-477-6931 (TTY: 711)**.

Kreyòl Ayisyen: (French Crole): ATANSYON: Si w pale Kreyòle Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **800-477-6931 (TTY: 711)**.

Tiếng Việt: (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **800-477-6931 (TTY: 711)**.

Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan, Inc.

La información de beneficios provista aquí es un breve resumen y no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, contacte al plan de cuidado coordinado.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones.

Podría haber cambios en los beneficios, el formulario, la red de farmacias, las primas, los copagos o el coseguro.

