

BOLETA DE RECEPCIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS

DATOS DE QUIEN NOTIFICA

Nombre: _____
Número de Teléfono: _____ Horario para contactar: _____
Dirección: _____
Profesión: _____
Paciente Encargado Médico Familiar Otro: _____

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Género: F M Peso: _____ Libras Talla _____ Centímetros
¿Conoce al médico tratante del evento adverso? _____
¿Padecimientos crónicos? _____

INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO

Nombre del medicamento: _____
Principio activo: _____
Frecuencia de uso: Cada 24 hrs. Cada 12 hrs. Cada 8 hrs. Cada 6 hrs.
Otro: _____
Indicación: _____
Fecha de inicio del tratamiento: _____
Información adicional: Lote: _____ Fecha de vencimiento: _____

MEDICAMENTOS ADICIONALES

Nombre del medicamento

Principio activo

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Descripción del evento adverso: _____

Fecha en que ocurrió el evento: _____ ¿Se resolvió el evento? Sí No

Fecha en que se resolvió el evento: _____

Estado del paciente:

Recuperado No Recuperado No recuperado con secuelas Fatal

