

FECHA DE EXPEDICION			CIUDAD					FÓRMULA DE MEDICAMENTOS																														
DATOS DEL AFILIADO																																						
APELLIDOS						NOMBRES				DOCUMENTO DE IDENTIDAD (TIPO Y NUMERO)																												
EDAD				DIRECCION				TEL				FORMULA CONTROLADA		SI				NO																				
NUMERO DE HISTORIA CLINICA			TIPO DE USUARIO						USO				Si su uso es crónico, ¿Cuántas entregas?																									
			CONTRIBUTIVO				SUBSIDIADO				PARTICULAR				OTRO				AGUDO				CRONICO				1				2				3			
DIAGNOSTICO																																						
CODIGO CIE10 (Obligatorio)						DESCRIPCION (Opcional)																																
Datos de los medicamentos																																						
NOMBRE GENERICO					CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA					VIA DE ADMINISTRACION																												
DOSIS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION					CANTIDAD TOTAL (NUMEROS Y LETRAS)			DURACION DEL TRATAMIENTO			CANTIDAD ENTREGADA PENDIENTE																											
NOMBRE GENERICO					CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA					VIA DE ADMINISTRACION																												
DOSIS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION					CANTIDAD TOTAL (NUMEROS Y LETRAS)			DURACION DEL TRATAMIENTO			CANTIDAD ENTREGADA PENDIENTE																											
NOMBRE GENERICO					CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA					VIA DE ADMINISTRACION																												
DOSIS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION					CANTIDAD TOTAL (NUMEROS Y LETRAS)			DURACION DEL TRATAMIENTO			CANTIDAD ENTREGADA PENDIENTE																											
NOMBRE GENERICO					CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA					VIA DE ADMINISTRACION																												
DOSIS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION					CANTIDAD TOTAL (NUMEROS Y LETRAS)			DURACION DEL TRATAMIENTO			CANTIDAD ENTREGADA PENDIENTE																											
NOMBRE GENERICO					CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA					VIA DE ADMINISTRACION																												
DOSIS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION					CANTIDAD TOTAL (NUMEROS Y LETRAS)			DURACION DEL TRATAMIENTO			CANTIDAD ENTREGADA PENDIENTE																											
INDICACIONES O RECOMENDACIONES										NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO PROFESIONAL DEL MEDICO TRATANTE																												
										 MEDICO GENERAL R.M. 94154161																												
DATOS DEL PRESTADOR (nombre, documento de identidad o NIT, dirección, teléfono, correo)										DATOS DE LA ENTREGA DE LA FORMULA MEDICA AL PACIENTE																												
										PROVEEDOR				FECHA		AFILIADO O AUTORIZADO: Declaro que recibí conforme los medicamentos especificados en esta fórmula de medicamentos.																						

EVENTOS ADVERSOS Y/O FALLAS TERAPÉUTICAS A MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA

Consecutivo No.
(uso de la Dirección Técnica)

Fecha de Diligenciamiento
DD MM AAAA

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
1. Apellidos		2. Nombres		3. Documento de Identificación
				Tipo No.
4. Sexo	5. Fecha Nacimiento (Pediátrico)	6. Edad Actual	7. Entidad de Afiliación	8. No. Contrato o Afiliación
☐ M ☐ F				
9. Datos Importantes de la Historia Clínica del Paciente (alergias, embarazos, patologías o medicamentos administrados simultáneamente)				

B. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO EN EL PACIENTE		
1. Tipo de Evento (Marque con X, según corresponda)	2. Fecha Inicio del Evento	3. Peso Paciente en el Evento (Kg)
☐ Reacción adversa ☐ Falla terapéutica		
4. Descripción clínica, diagnóstico, comorbilidad, otros medicamentos ingeridos y circunstancias relacionadas		
5. Resultado del Evento (Marque con X, según corresponda)		
☐ Amenaza a la vida ☐ Discapacidad ☐ Intervención ☐ Otro:		
☐ Anomalía congénita ☐ Hospitalización ☐ Muerte ☐ Incapacidad por días		
6. Exámenes de laboratorio practicados, resultados, fecha aproximada de realización y observaciones		

C. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO Y/O DISPOSITIVO MÉDICO CAUSANTE DEL EVENTO			
Concepto	Medicamento 1 / Dispositivo 1	Medicamento 2 / Dispositivo 2	Medicamento 3 / Dispositivo 3
1. Nombre medicamento / dispositivo			
2. Marca medicamento / dispositivo			
3. Forma farmacéutica (sólo en medicamen			
4. Concentración (100 mg, 500 mg, etc.)			
5. Dimensiones (sólo en dispositivo)			
6. Dosis y frecuencia			
7. Vía(s) de administración			
8. Laboratorio fabricante			
9. No. de lote (si se conoce)			
10. Fecha de expiración (si se conoce)			
11. Fecha en la que inició el uso del medicamento o dispositivo			
12. Fecha en la que finalizó el uso del medicamento o dispositivo			
13. ¿El evento desapareció al retirar el medicamento / dispositivo?	☐ Si ☐ No ☐ NA	☐ Si ☐ No ☐ NA	☐ Si ☐ No ☐ NA
14. ¿El evento reapareció al reexponerse el paciente?	☐ Si ☐ No ☐ NA	☐ Si ☐ No ☐ NA	☐ Si ☐ No ☐ NA

D. INFORMACIÓN DEL FUNCIONARIO QUE REPORTA EL EVENTO		
1. Apellidos	2. Nombres	3. Cargo
4. Empresa en la que labora	5. Ciudad de la Empresa	6. Teléfono de la Empresa

M: Masculino F: Femenino NA: No Aplica
CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS

Solo Original

Julían A. Robledo
MEDICO GENERAL
R.M. 94154161

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL - PROPIEDAD DE LA ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL