|  |
| --- |
| **DATOS DE INFORMANTE** |
| **¿Desea ser contactado por el área de Farmacovigilancia para su seguimiento?** |
|  | **Sí** |  | **No** |
|  |
| **Nombre** |  |
|  |
| **Teléfono** |  |
|  |
| **E-mail** |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE PACIENTE** |
| **Nombre (iniciales)** |  |  |  |
| Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno |
|  |
| **Fecha de nacimiento** |  |  |  |
| *Día* | *Mes* | *Año* |
|  |
| **Sexo** |  |  | **Masculino** |  |  | **Femenino** |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO** |
| **Nombre** |  |
|  |
| **Lote** |  |
|  |
| **Fecha de inicio de tratamiento** |  |  |  |
| *Día* | *Mes* | *Año* |
|  |
| **Vía de administración** |  |
|  |
| **Dosis** |  |

|  |
| --- |
| **SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO**  |
| **Fecha de inicio de reacción** |  |  |  |
| *Día* | *Mes* | *Año* |
|  |
| **Descripción breve de la sospecha de reacción adversa** |  |