

Manifiesto que he leído el AVISO DE PRIVACIDAD y doy mi consentimiento para el tratamiento y en su caso transferencia de mis datos personales y sensibles, de conformidad con lo previsto en dicho aviso.

Formato de reacciones adversas a medicamentos

Datos Necesarios para registro del caso:

Iniciales del paciente*: Fecha de Nacimiento*:
(Inicia por apellido paterno)

Estatura: Peso: Sexo:

Datos de la sospecha de reacción adversa

Fecha de Inicio: ¿Cuál fue la consecuencia del evento adverso?

Escriba la descripción de reacción adversa.
(incluye datos de exploración física o exámenes de laboratorio)

Información sobre el medicamento sospechoso

Marca Nombre Genérico

Número de lote Caducidad

Vía de administración Dosis Cada cuantas horas

Fecha de administración Inicio Término

Motivo de prescripción

¿Se retiró el medicamento sospechoso? si no No sabe

Persistió la reacción si no No sabe

¿La reacción desapareció al suspender el medicamento? si no no sabe

¿Disminuyó la dosis? si no Nueva dosis

¿Se cambió el medicamento? si no ¿A cuál?

¿Reapareció la reacción al readministrar el medicamento? si no No sabe

Medicamentos concomitantes

Marca Nombre Genérico

Vía de administración Dosis Cada cuantas horas

Fecha de administración Inicio Término

Motivo de Prescripción

Otro medicamento Si No