



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la Universalización de la Salud”

FORMATO DE JUSTIFICACION MEDICA E INFORME DE LAS CARACTERISTICAS DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS.

I. DATOS DEL PACIENTE:

Nombres Apellidos: EDAD: _____

N° de Documento de Identidad (MARCAR): DNI C.E PASAPORTE

Dirección: _____

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento _____

Teléfono (MARCAR): celular fijo _____

II. INFORMACION GENERAL DEL PRESCRIPTOR: (Art.26 de la Ley 26842)

Nombres Apellidos: _____

Especialidad del Profesional: (MARCAR): Médico Cirujano Cirujano Dentista Obstetra

N° de Colegiatura Profesional: _____

Dirección del Establecimiento de Salud o Consultorio:

Distrito: _____

Provincia: _____ Departamento _____

Teléfono (MARCAR): celular fijo _____

Correo electrónico: _____

III. JUSTIFICACION MEDICA

Diagnóstico(s) del paciente y/o CIE-10:

1. _____
2. _____
3. _____

Resumen de la Historia Clínica del paciente



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la Universalización de la Salud”

FORMATO DE JUSTIFICACION MEDICA E INFORME DE LAS CARACTERISTICAS DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS.

Sustento para la importación y uso del(os) producto(s) farmacéutico(s)

Five horizontal lines for text input.

IV. CARACTERÍSTICAS DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Table with 8 columns: N°, Nombre del medicamento (DCI/ Marca opcional), Concentrac. (*), Forma Farmac., Vía de admin., Dosis y Frecuencia, Duración del Tratamiento (mes o día), Cantidad Total Prescrita (N° y letras)**

(*) En caso de productos dietéticos o naturales (por ejemplo multivitamínicos) no es obligatorio

NOTA:

(**)Ejemplo: 180 tabletas o 3 cajas por 60 tabletas, que sea concordante con la dosis, la frecuencia y el tiempo de tratamiento.

Se sugiere evitar la automedicación y polifarmacia, podría causar una sobredosificación inadvertida o conllevar a interacciones y posibles efectos adversos constituyendo un problema de seguridad para la salud del paciente.

Firma y Sello del Prescriptor
N° de. Colegio Profesional. _____

Fecha de emisión: dd/mm/aaaa
/ /