



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”

**FORMATO DE JUSTIFICACION MEDICA E INFORME DE LAS CARACTERISTICAS DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS.**  
**(TUPA 118)**

**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: Médico Cirujano (MARCAR):

Dentista Cirujano

Obstetra

\_\_\_\_\_  
N° de Colegiatura Profesional:

\_\_\_\_\_  
Dirección del Establecimiento de Salud o Consultorio:

\_\_\_\_\_  
Distrito:

\_\_\_\_\_  
Provincia:

\_\_\_\_\_  
Teléfono (MARCAR): celular fijo

\_\_\_\_\_  
Departamento

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico:

**III. JUSTIFICACION MEDICA**

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

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Resumen de la Historia Clínica del paciente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



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”

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

**(TUPA 118)**

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

---



---



---



---



---

### **IV. CARACTERÍSTICAS DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS**

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) **
1							
2							
3							
4							
5							
6							

(\*) 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  
/ /