

DATOS DEL PACIENTE					
Iniciales del paciente que presento el evento adverso *			Sexo*	Edad*	
DATOS DEL PRODUCTO EN SOSPECHA					
Nombre*	Lote*	Dosis / Frecuencia	Fecha Inicio	Fecha Término	Indicación (Motivo de uso)
DATOS SOBRE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA (SRA)					
Descripción de la SRA *			Fecha Inicio	Fecha Término	Desenlace
DATOS DEL REPORTANTE					
Nombres y apellidos:*					
Relación con el paciente:					
Institución (Hospital, Clínica, etc.):					
Teléfono:*				Correo:	

(*) : Información obligatoria