



Centro Guatemalteco de Información de Medicamentos

CEGIMED

Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El abajo firmante, Sr. Sra Irma Josefina Juárez Menos

DPI/ Pasaporte: 2235664380101 de 55 años, Paciente No. _____

Manifiesta que:

1. Acepta su participación voluntaria en el seguimiento y/o estudio farmacoterapéutico de los medicamentos que actualmente le son prescritos por su médico tratante, actividad que realiza en el Centro Centinela de Farmacovigilancia de CEGIMED.
2. Ha sido informado que el CENTRO GUATEMALTECO DE INFORMACION DE MEDICAMENTOS, CEGIMED, cuenta con el Centro Centinela de Farmacovigilancia con el objetivo de brindar asesoría a pacientes en cuanto a los medicamentos que utilizan, y vigilar el uso adecuado de los medicamentos en el mercado guatemalteco.
3. Ha sido informado que los medicamentos pueden producir efectos adversos causantes de situaciones no deseables en el paciente, a dosis y condiciones prescritas habitualmente.
4. Ha recibido información sobre los posibles y potenciales riesgos asociados al uso de los medicamentos que ha estado utilizando.
5. Ha sido notificado que la información proporcionada de los medicamentos utilizados; nombre, marca, dosis, número de lote, fecha de vencimiento y fabricación, laboratorio fabricante, prescriptor; será utilizada exclusivamente para generar la notificación de los problemas relacionados con el medicamento.
5. Ha sido informado que las notificaciones de reacciones adversas relacionadas con los medicamentos son parte de los procedimientos establecidos por el Programa Nacional de Farmacovigilancia, para la vigilancia de los medicamentos de uso en el mercado local.

Se firma el presente en Guatemala al 28 del mes de Julio del 2025

Datos del paciente

Irma Josefina Juárez Menos

Paciente /representante legal (Nombre)

[Firma]
Firma

2235664380101

DPI /Pasaporte

Datos del profesional

Vilvia Briles

Profesional farmacéutico

[Firma]
Firma

2247490720101

DPI