

REPÚBLICA DE NICARAGUA
 MINISTERIO DE SALUD
 CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

Nombre del paciente: Paula de la Concepción Gutierrez **Sexo:** Masculino / Femenino **Edad:** 35a **Peso (Kg):** 74

lo. Expediente: 07 1289 **Establecimiento de Salud:** Hospital Bautista **Departamento/Municipio:** Managua

2. MÉDICAMENTO (S) (Indique nombre genérico y comercial)	Fecha de Vencimiento, No. de Lote, Fabricante	Dosis diaria y Vía de admón.	Fecha		Motivo de la prescripción
			Comienzo	Final	
<u>Amoxicilina</u>		<u>500mg PO</u>	<u>03/06/25</u>	<u>03/06/25</u>	<u>Automedicado</u>

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
<u>Urticaria</u>	<u>03/06/25</u>	<u>03/06/25</u>	<u>Recuperado</u>

Requirió Ingreso: Sí No

4. MEDICAMENTO (S) CONCOMITANTE (S) (Incluir automedicados)	Dosis diaria y Vía de admón	Fecha		Motivo de la medicación
		Comienzo	Final	

5. Comorbilidades: Negado **6. Antecedentes Familiares:** HTA (mamá) **7. Factores de Riesgo:** Negado

Observaciones adicionales:
 Emplee hojas adicionales si lo requiere. En casos de Tb. especifique el esquema; si fue suspendido y el resultado de la suspensión)

Notificador:
 Nombre: Kenia Sánchez Cardozo Profesión: Médico Residente Especialidad: Emergencia
 Teléfono(s) de contacto: 85823376 Correo Electrónico: PaulaCardoza17@yahoo.com

0. Marque si necesita más formatos **1. Marque si requiere informe**

03 / 06 / 25 Fecha

[Firma]
 OYA Kenia Sánchez Cardozo
 M.D. EMERGENCIA
 COD. MINS. 80427