

REPÚBLICA DE NICARAGUA  
MINISTERIO DE SALUD  
CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

1. Nombre del paciente: Guillermo Mendite Hernandez Sexo Masculino Edad 42 Peso (Kg) 82 kg

No. Expediente: 16527979 Establecimiento de Salud Hospital Sautido 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>Atenolol</u>		<u>1gr IV</u>	<u>14-07-2025</u>	<u>14-07-2025</u>	<u>Alto</u>

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
<u>Edema palpebral bilateral</u>	<u>14/07/25</u>	<u>/ /</u>	<u>recuperado</u>
	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
	<u>/ /</u>	<u>/ /</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	
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	

5. Comorbilidades Negado      6. Antecedentes Familiares Negado      7. Factores de Riesgo

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

9. Notificador  
Nombre: Dr. Bejarano Profesión: Médico Especialidad: Emergenciológico  
Teléfono (s) de contacto: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

10. Marque si necesita más formatos       14 / 07 / 25      Fecha  
11. Marque si requiere informe       \_\_\_\_\_      Firma

Dr. Michael Bejarano  
MR Emergencia  
Ced. MESA 6495