

REPÚBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

1. Nombre del paciente: Sexo Edad Peso (Kg)

Ashley Massiel Amador Benavides Masculino 18a 50kg
Femenino

No. Expediente: US 292149 Establecimiento de Salud Hospital Bahía 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>Sertralina</u> <u>100mg</u>	<u>desconocido</u>	<u>via oral</u>	<u>19/08/25</u>	<u>19/08/25</u>	<u>automedicado</u> <u>por ansiedad</u>

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
<u>Mareo, náuseas, letargo</u>	<u>19/08/25</u>	<u>19/08/25</u>	<u>Recuperado</u>
	<u> </u>	<u> </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>Ninguno</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
		<u> </u>	<u> </u>	
		<u> </u>	<u> </u>	
		<u> </u>	<u> </u>	

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

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: Fernanda Ferrufino Profesión: Medio General Especialidad: Medio General
Teléfono (s) de contacto: 87351107 Correo Electrónico: fernandaisabel.ferrufino@gmail.com

10. Marque si necesita más formatos ☐

11. Marque si requiere informe ☐

19/08/25 Fecha [Firma] Firma

Dra. Fernanda Ferrufino Suárez
Medicina y Cirugía General
CÓD. MINSA 79842