

REPÚBLICA DE NICARAGUA  
 MINISTERIO DE SALUD  
 CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

Nombre del paciente: Janery Rodenas Pizar Vega Sexo: Masculino Edad: 29 años Peso (Kg): 73.5 kg.  
 Femenino  
 No. Expediente: 33234581 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>Doxiciclina reles</u>	<u>desconocido</u>	<u>100 clnh</u>	<u>27-08-25</u>	<u>27-08-25</u>	<u>TORTICOLIS.</u>

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
<u>Punto en abdomen superior</u>	<u>28/08/25</u>	<u>28/08/25</u>	<u>Asintomático</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: Ninguna  
 6. Antecedentes Familiares: Negativo  
 7. Factores de Riesgo: Ninguno

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: Josmar Moreno Luna Profesión: Medico Especialidad: MR Emergencia  
 Teléfono (s) de contacto: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

0. Marque si necesita más formatos  28/08/25 Fecha  
 1. Marque si requiere informe  Jual Firma

