REPÚBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

. Nombre del paciente:	Sexo	Edad	Peso (Kg)
Lissath Carolina Gutierrez	Masculino / (Femenino)	31 a	79.5

lo. Expediente:	Establecimiento de Salud	Departamento/Municipio
43104471	H. Bautista	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	
Paracetamol	Vardhman	1 tab c/8h	27/8/25	27/08/25	Analgia
+ Metocar-	Exports.	oral			
bamol					
(Relaxolan)					

3. REACCIONES (Naturalezam localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
Rash. generalizado	27/08/25	27/08/25	Recuperado.
	___/___/___	___/___/___	
	___/___/___	___/___/___	
	___/___/___	___/___/___	

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	6. Antecedentes Familiares	7. Factores de Riesgo
–		

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

. Notificador

lombre:	Profesión:	Especialidad:
Jenny Flores	Residente	Emergencia

eléfono (s) de contacto:	Correo Electrónico:
84346558	floresjennysiu@gmail.com

Dra. Jenny Flores Gómez
MR. MEDICINA DE EMERGENCIA
HOSPITAL BAUTISTA
CÓD. MINSA 90736

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