



SUPERINTENDENCIA DE REGULACIÓN SANITARIA

Formulario De Notificación De RAM-PRM

Macroproceso Nombre Macroproceso
Proceso Nombre Proceso
Subproceso Nombre Subproceso

I. REPORTE DEL EVENTO

Número/identificación del reporte local: _____ Número de reporte de la SRS: _____

Título del reporte (*): Reacción a querosene Fecha de notificación: 10/04/2025

Forma que detecta el caso: Notificación espontánea Búsqueda activa Rumor Noticia
Comentario Estudio Otro (Explique): _____

Tipo de evento: RAM Falla terapéutica Error de medicación Falsificado/ Fraudulento
Uso off-label Interacción Intoxicación Exposición
Embarazada: Si No Lactando: Si No
Semanas de gestación: _____ Edad del lactante: _____

Grave (serio): Si No

Razón de gravedad: Muerte Amenaza la vida Anomalía Congénita o muerte fetal
Hospitalización / o su Prolongación Sospecha de aborto Discapacidad
Incapacidad persistente o significativa Otra condición médica importante

II. NOTIFICADOR

Nombre completo: Dra. Daisy Ivonne Bueno Profesión: Médico
Correo electrónico (*): lobdajia@gnm.edu.sv Especialidad Médica: Medicina General
Nombre del Establecimiento: HOSPITAL PROFESIONAL Teléfono (*): _____

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellido o iniciales (*): Delmy Arily Aragón Sexo: M F
Número de Expediente clínico/DUI: 05048632-9 Edad: 28 Peso (Kg): 129 Talla (cm): 168
Embarazo: si No Semana de embarazo: _____
Departamento, municipio y distrito de residencia: San Salvador, San Salvador

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de detección/consulta: 09/04/2025 Diagnóstico del evento: Reacción a querosene
Paciente fue hospitalizado: Si No Fecha de ingreso: 10/04/2025 Fecha de alta: _____
Indicación de uso del medicamento: Querosene Prescrito: Automedicado: Otro:
Antecedentes Clínicos relevantes: _____
Exámenes de Laboratorio: _____

Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:	
<u>Reacción a querosene</u>	<u>9/10/25</u>		Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/>	Dosis aumentada <input type="checkbox"/>
<u>Querosene</u>			Dosis reducida <input type="checkbox"/>	Dosis no modificada <input type="checkbox"/>
			Cambio de marca <input type="checkbox"/>	Observación/seguimiento <input type="checkbox"/>
Resultado del manejo de la reacción:			Recuperado sin secuelas <input type="checkbox"/>	Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/>
			En proceso de recuperación <input checked="" type="checkbox"/>	Fallecido <input type="checkbox"/>
			No recuperado <input type="checkbox"/>	Se desconoce <input type="checkbox"/>

¿Desapareció la reacción adversa al suprimir el medicamento sospechoso? Si No No se sabe
¿Reapareció la reacción al reiniciar el medicamento sospechoso? Si No No se sabe
¿Antecedente de reacción adversa con el medicamento sospechoso u otro del mismo grupo terapéutico? Si No No se sabe

IV. MEDICAMENTO

Nombre del Medicamento Sospechoso	Dosis en unidades por intervalo	Vía de Administración	Fecha de inicio	Fecha de finalización
<u>Querosene de querosene tipo 4</u>	<u>1</u>	<u>V.O</u>	<u>9/10/25</u>	<u>9/14/2025</u>
Medicamentos Concomitantes				

OTROS DATOS DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

Nombre genérico: Querosene de querosene tipo 4 Concentración: Se desconoce
Forma Farmacéutica: Capsulas Presentación: Capsulas
Nombre Comercial: NO SE CONOCE Registro Sanitario: Se desconoce
Laboratorio Fabricante: _____ Lote: _____ Vencimiento: Se desconoce

Firma y Sello del Notificador

[Firma]
Dra. Daisy Ivonne Bueno Burgos
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 13438