



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 (*):		Fecha de notificación:			
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:	Silvia Carolina Seballos de Asteig	Profesión:	Médico
Correo electrónico (*):	silk-rol-rc@hotmail.com	Especialidad Médica:	
Nombre del Establecimiento:	Hospital Profeminero	Teléfono (*):	7476-5261

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellido o iniciales (*):	Beatriz Angelica Gonzalez Gomez	Sexo:	M ☐ F ☒
Número de Expediente clínico/DUI:		Edad:	
Embarazo: si ☐ No ☒		Peso (Kg):	113 Kg
		Talla (cm):	1.50 m
Semana de embarazo:			
Departamento, municipio y distrito de residencia:			

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de detección/consulta:	24/05/25	Diagnóstico del evento:	Reacción Alérgica Medicamentos
Paciente fue hospitalizado:	Si ☐ No ☒	Fecha de ingreso:	24/05/25
Indicación de uso del medicamento:	Suplenior	Prescrito:	☐
Antecedentes Clínicos relevantes:			
Exámenes de Laboratorio:			

Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:	
Púrpura	23/05/25	24/05/25	Medicamento retirado ☒	Dosis aumentada ☐
Cateteres	23/05/25	24/05/25	Dosis reducida ☐	Dosis no modificada ☐
			Cambio de marca ☐	Observación/seguimiento ☐
Resultado del manejo de la reacción:	Recuperado sin secuelas ☒	Recuperado con secuelas ☐	No recuperado ☐	
	En proceso de recuperación ☐	Fallecido ☐	Se desconoce ☐	

¿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
Quintanil (500mg)	1 tab c/8h	Oral	19/5/25	24/05/25
Medicamentos Concomitantes				

OTROS DATOS DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

Nombre genérico:	Amato de Nifedipina	Concentración:	500mg
Forma Farmacéutica:	Tabletas	Presentación:	30 tabletas
Nombre Comercial:	Quintanil	Registro Sanitario:	El Salvador N° 16
Laboratorio Fabricante:	Laboratorio Ferson	Lote:	
		Vencimiento:	11/2028

Firma y Sello del Notificador

Dra. Silvia Carolina Seballos Villalta
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 21169