



Macroproceso Nombre Macroproceso
Proceso Nombre Proceso
Subproceso Nombre Subproceso



I. REPORTE DEL EVENTO

Número/Identificación del reporte local:

Número de reporte de la SRS:

Form section I containing fields for Title of report, Date of notification, Type of event, and Reason of severity.

II. NOTIFICADOR

Form section II containing fields for Name, Profession, and Specialization of the notifier.

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Form section III containing fields for Patient Name, Age, Sex, Weight, and Height.

HISTORIA CLÍNICA

Form section IV containing clinical history details, including date of detection, diagnosis, and adverse reaction management.

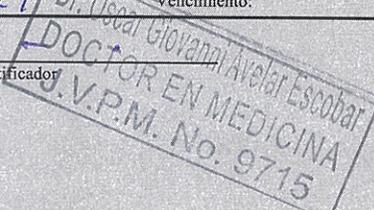
IV. MEDICAMENTO

Table with 5 columns: Name of Suspicious Medication, Dose, Route of Administration, Start Date, End Date.

OTROS DATOS DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

Form section V containing additional medication data such as generic name, concentration, and manufacturer.

Firma y Sello del Notificador



Handwritten number: 001670 8060239-

Domicilio:

Residenciai compra de Escatlon

Pje Itaco Pte # 42 . antiguo Escatlon,  
Ln Libertad.