|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SOLICITUD DE REGISTRO PARA USO DE ESTUPEFACIENTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo: F M | | | | | | Edad: | |  | | | | | Teléfonos: | | | |  | |
| Cédula de Vecindad o DPI: | |  | | | | | | | Extendida en: | | | | |  | | | | |
| Nombre del Representante (cuando aplique): | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Cédula de Vecindad o DPI: | | | | |  | | | | | | | Teléfonos: | | |  | | | |
| DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EFECTUADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico Clínico: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamiento aplicado: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quirúrgico Radioterapia Hormonal Paliativo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS SOBRE EL PRODUCTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estupefaciente solicitado: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación y concentración: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiempo probable: | |  | | | | | | | | | Cantidad diaria: | | | | |  | | |
| Cuota semanal: | |  | | | | | | | | | Cuota mensual: | | | | |  | | |
| **DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | |  | | | | | | Colegiado No. | | | | | | | |  |
| Dirección de la Clínica: | | | |  | | | | | | Teléfono: | | | | | | | |  |
| **Firma del Profesional** | | | | | | **Sello del Profesional** | | | | | | | | **Timbre Profesional** | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARA USO DEL DEPARTAMENTO** | |
| **No. Registro asignado:** | **Fecha:** |