|  |
| --- |
| SOLICITUD DE REGISTRO PARA USO DE ESTUPEFACIENTES |
| **DATOS DEL PACIENTE** |
| Nombre: |
| Dirección: |
| Sexo: F M  | Edad: Años | 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:** |