



Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines
Sección de Control de Sicotrópicos, Estupefacientes, Importaciones y Exportaciones
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE REGISTRO Y CUOTAS DE
SICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES PARA
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y PROFESIONALES AUTORIZADOS

F-SI-f-11
 Versión 2 2011
 Página 1 de 1

A: jefe del Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines:

Fecha de Solicitud:

Nombre Establecimiento:			Número de Registro Asignado:		
Número de Licencia:		Número de camas:		Nombre del Profesional:	
Director Médico:			Especialidad del profesional:		
Dirección del establecimiento o del Profesional:					
Municipio:		Departamento:		Teléfono:	E-mail o Fax
CANTIDAD ESTIMADA DE SICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES A UTILIZAR			Forma Farmacéutica	Cantidad autorizada	Compromiso
Cantidad	Nombre genérico y comercial	Concentración			
					Yo, el abajo firmante me comprometo ante el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a cumplir con todos los artículos referentes a estupefacientes y sicotrópicos y especialmente al artículo 65 del Acuerdo Gubernativo 712-99 Reglamento para el Control Sanitario de los Medicamentos y productos Afines, Firma
					No. de Cédula:
					No. Colegiado:
Para viales de Fentanyl o frascos de Pentotal, indicar el volumen de cada uno.					
Presentar original y copia.		Firma de Autorización:			Sello del Director