

Información del Paciente

Nombre

Apellido

Edad

Sexo

Teléfono

Ocupación

¿Padece alguna enfermedad, cuál?

¿Alergia a?

Ciudad

Información de la Reacción Adversa

Fecha de reacción adversa

Efecto

Reacción adversa (Describe que le provocó la toma de este medicamento)

Información del Medicamento Sospechoso

Medicamento

¿Por qué tomó este medicamento?

Fecha inicio del tratamiento

Dosis diaria

¿Tomó otro medicamento, cuál?

Fecha finalización del tratamiento

Reportado por

Relación con el paciente

Nombre

Apellido