

**REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS****10000000****I. INFORMACION DEL NOTIFICADOR**

Fecha del reporte

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Correo:

**II. INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Identificación del paciente:

Género:

Fecha de nacimiento

Edad

(A) (M) (D)

Peso (lbs)

Estatura (mts)

**III. INFORMACIÓN DEL EVENTO ADVERSO**

Descripción del evento adverso.

Inicio del evento adverso.

Final del evento adverso.

La reacción desapareció al suspender el medicamento.

La reacción reapareció al reintroducir el medicamento.

**IV. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO RESPONSABLE**

Nombre del medicamento.

No. de lote.

Vía de administración.

Fecha de Expiración:

Codigo Interno.

Laboratorio.

Indicación.

Dosis.

Dosis.

Importante: Reportar o enviar inmediatamente la información del evento adverso o antes de que transcurran 24 horas de haber obtenido el reporte. La información puede transmitirse mediante:

Agencias J.I. Cohen

Correo Electrónico: [farmacovigilancia@jicohen.com](mailto:farmacovigilancia@jicohen.com)

Llamada Telefónica: 2328-1000, 2318-4130

Calz. Roosevelt 6-19 zona 3 de Mixco, Guatemala, C.A.