|  |
| --- |
| 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:** |