



SOLICITUD DE TRANSMISIÓN ELECTRÓNICA DE NOTIFICACIONES DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS AL CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

SR(A) DIRECTOR(A) GENERAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS

Por la presente, \_\_\_\_\_ (Nombre de Establecimiento de Salud/Establecimiento Farmacéutico)

Solicito realizar la transmisión electrónica de notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos al Centro Nacional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia a través de eReporting.

Asimismo, comunico que los siguientes profesionales de la salud estarán encargados de la transmisión electrónica de notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos:

Table with 4 columns: Nombres y apellidos, Profesión, Teléfono, Correo electrónico institucional. The table is currently empty.

Las notificaciones serán enviadas utilizando el siguiente correo: .....(colocar el correo creado con el nombre del establecimiento de salud Ej. [hospitalnacionalcayetanoheredia-lima@gmail.com](mailto:hospitalnacionalcayetanoheredia-lima@gmail.com))

Fecha \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma y sello Presidente del Comité de Farmacovigilancia Director del Establecimiento de Salud Director Técnico del Establecimiento Farmacéutico