|  |
| --- |
| **LABORATORIO DE NORMAS Y CALIDAD DE MEDICAMENTOS C.C.S.S**  Formulario para la recepción de muestras de precalificación de medicamentos y sus actualizaciones |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código C.C.S.S** |  | | |
| **Versión de Ficha Técnica** |  | | |
| **Opción de Ficha Técnica** |  | | |
| **Nombre del producto**  *(Según Ficha técnica de la CCSS y sin marcas comerciales)* |  | | |
| **Fabricante** |  | | |
| **Registro Sanitario** |  | | |
| **País de origen** |  | | |
| **Tipo de trámite**  (marque con una “x”) | Primer Ingreso ( ) | Reingreso ( ) | Actualización ( ) |
| **Proveedor (es)** |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lote** | **Fecha de vencimiento** | **Cantidad entregada** |
|  |  |  |

A continuación, marque con una “X” en la casilla que corresponda:

¿Requiere cadena de frio?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sí |  | No |  |

¿Este producto es psicotrópico o estupefaciente (Producto controlado)?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sí |  | No |  |

|  |
| --- |
| Correo electrónico para confirmar recepción de trámite y notificaciones: |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| ***Nombre y firma del responsable farmacéutico*** |