

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
DIRECCION DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
CENTRO DE INFORMACION DE MEDICAMENTOS Y TOXICOS**

FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Recepción de consulta

Nº _____
/____/____

Fecha: ____

Hora: _____

Medio de consulta: Teléfono: ____ E-mail: ____ Personal: ____ Otros: ____
Recepcionado por: _____

1.- Datos del solicitante

a. Datos generales

Nombres y Apellidos: _____ E-mail: _____

Dirección: _____ Teléf./Cel.: _____

b. Tipo

Profesional de la salud: Médico: ____ Quím. Farmacéutico: ____
 Enfermera: ____ Odontólogo: ____ Otros: ____
Estudiante: ____ Otros: ____

c. Procedencia:

Interna: ____ Detallar: _____
Externa: ____ Detallar: _____

2.- Información referida a la consulta

a. Motivo de la consulta

1. Toma de decisiones 3. Apoyo al cumplimiento de la terapia 5. Otros: _____
2. Apoyo a la investigación 4. Apoyo en la terapéutica

b. Detalle de la consulta

c. Prioridad: Normal: ____ Urgente: ____