

DIVISION DE MEDICAMENTOS Y FARMACIA
SOLICITUD DE AUTORIZACION ESPECIAL PARA LA PREPARACION DE PRODUCTOS
FARMACEUTICOS ESTERILES

Fecha de radicación ____/____/____ Autorización Especial Núm. _____
 día mes año

Vigencia: _____ [] Nueva Creación [] Renovación

A. INFORMACION CONCERNIENTE A LA FARMACIA

Nombre: _____

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____
(si es la misma favor de indicarlo)

Número de Licencia de Farmacia y de Productos Biológicos con su vigencia:

Número de Teléfono: () _____ Número de Fax () _____

Correo Electrónico: _____

Horario:

lunes: _____ (am) _____ (pm) martes: _____ (am) _____ (pm) miércoles: _____ (am) _____ (pm)

jueves: _____ (am) _____ (pm) viernes: _____ (am) _____ (pm) sábado: _____ (am) _____ (pm)

domingo: _____ (am) _____ (pm)

B. INFORMACION CONCERNIENTE A AL DUEÑO DE LA FARMACIA

Nombre: _____

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____
(si es la misma favor de indicarlo)

Número de Teléfono: () _____ Número de Fax () _____

Correo Electrónico: _____

C. INCLUIR COPIA DE:

1. Copia de Licencia de Farmacia y Biológico vigente.
2. Normas y Procedimientos para la preparación de productos estériles.
3. Normas y Procedimientos para utilizar cuarto estéril.
4. Equipo necesario para la acción que solicita. calibración
5. Evidencia de adiestramiento del personal farmacéutico incluyendo a los técnicos de farmacia
6. Prueba diaria, libre de contaminación del cuarto estéril
7. Prueba bacteriológica del cuarto estéril (1ra vez, cada 6 meses, anual)
8. Certificación de cuarto estéril por compañía cualificada

CERTIFICACION

Advertencia: Cualquier información provista en esta solicitud que resulte ser falsa podrá dar base al Departamento de Salud para la imposición de multas, suspensión o revocación de la licencia otorgada.

Yo _____ mayor de edad, vecino de _____
certifico que toda la información que antecede en esta solicitud es la **VERDAD**.

Hoy _____ de _____ de 20_____

Puesto que ocupa

Firma

Incluir cheque certificado o giro postal a nombre del Secretario de Hacienda por \$50.00.

USO OFICIAL

Fecha de Evaluación: _____

Aprobado ()

Denegado ()

Inspector: _____

Razones _____