



SUBDEPARTAMENTO DE FARMACOVIGILANCIA  
SECCIÓN INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS Y FARMACOVIGILANCIA

N° de Consulta  
(uso interno del ISP)

Estimado consultante,

Le agradeceremos completar las secciones del siguiente formulario con objeto de gestionar la resolución de su consulta. Respecto al llenado del mismo:

- Acceda al **texto de ayuda** posando el cursor sobre cada campo.
- Recuerde completar los **datos mínimos**, correspondientes a aquellos campos resaltados con un asterisco.
- A efectos de categorizar su solicitud, se proponen **palabras claves** vinculables al tópico de su consulta. Su solicitud puede puntualizar hasta dos **(2)** tópicos diferentes.

Fecha de consulta\*  
(dd/mm/aaaa)

¿Consulta  
urgente?

Motivo de  
urgencia

### Antecedentes del consultante

Nombre\*

Correo electrónico\*

Teléfono

Red Minsal

Profesión\*

---

Tipo de  
establecimiento

Establecimiento

---

## Descripción de la consulta

Detalle de consulta\*

Producto  
farmacéutico (P.F.)

Palabras clave (2)\*

Compatibilidad y Estabilidad de P.F.  
Composición y Formulación de P.F.  
Dosificación e Indicación de uso de P.F.  
Eficacia y Seguridad de P.F.  
Información Farmacológica de P.F.  
Reacciones Adversas  
Solicitud de Referencia Bibliográfica  
Registro en Chile de P.F.  
Reglamentación de Farmacovigilancia  
Otra

---

Uso destinado\*

---

Av. Marathon 1000, Ñuñoa - Santiago

Teléfono (56-2) 25755469 - (56-2) 25755367 — Red Minsal 255 469 - 255367 — Fax (56-2) 25689669

[Correo electrónico infomedicamentos@ispch.cl](mailto:infomedicamentos@ispch.cl) — [Sitio Web](#)