

ACTA DE DESTRUCCION DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____ COD _____

DIRECCION EXACTA _____ TEL _____

REGENTE FARMACEUTICO _____ COD _____

EN FECHA _____ LOS ABAJO FIRMANTES PROCEDIMOS A EFECTUAR LA DESTRUCCION DE LAS SIGUIENTES DROGAS CONTROLADAS:

CODIGO	DROGA	PRESENTACION	CANTIDAD

MOTIVO DE LA DESTRUCCION: _____

RESPONSABLES

REGENTE FARMACEUTICO _____ CED _____ FIRMA _____

TESTIGO _____ CED _____ FIRMA _____

TESTIGO _____ CED _____ FIRMA _____

ACLARACION DE TERMINOS:

- Motivo de Destrucción (Indicar si es por vencimiento, deterioro, cierre del establ, etc).
- Nombre del Producto (Marca o genérico según el caso).
- Cantidad (Número de unidades del producto).
- Presentación (Indicar si la presentación es en tabletas, supositorios, jarabes, etc).
- Código (Número correspondiente del producto controlado).
- Presentar original y copia con firmas originales.