

### Registro de Capacitación del médico prescriptor

Fecha de capacitación (si aplica):	
Nombre del entrenador (si aplica)	
<b>Datos del profesional prescriptor:</b>	
Nombre:	
Matrícula:	
Institución:	
Teléfono de contacto:	
Mail de contacto:	
<b>Temario:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Prospecto</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Información sobre el Registro de pacientes y firma del Consentimiento informado</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Posología y modo de administración</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Precauciones, advertencias y reacciones adversas</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Notificación de reacciones adversas</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Monitoreo del paciente</li> </ul>	
Otro.....	
<b>Material de entrega al profesional:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Prospecto</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Información para el paciente</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Guía de manejo de Nibclus para el profesional de la salud</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Guía para el paciente o aquellos que lo asistan</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Formulario de Registro de pacientes</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Formulario de Consentimiento Informado</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Carta de comunicación dirigida al Profesional sanitario</li> </ul>	
<p>Yo doy el consentimiento para incluir mis datos en la base de datos de médicos prescriptores de Nibclus a Laboratorio Varifarma quien cuidará la información con acceso restringido. Entiendo que la misma puede ser transmitida a la autoridad sanitaria.</p>	