

## REGISTRO DE PACIENTES Y MÉDICOS PRESCRIPTORES

Se llevará un registro con la siguiente información:

Datos del médico y el paciente:

| Paciente | Médico tratante | Institución | Consentimiento informado (Sí/No) | Fecha de la firma del consentimiento | Iniciales del Paciente | Fecha de Nacimiento | Edad (años) | Género | Diagnóstico | Fecha de inicio del tratamiento | Dosis |
|----------|-----------------|-------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|---------------------|-------------|--------|-------------|---------------------------------|-------|
|          |                 |             |                                  |                                      |                        |                     |             |        |             |                                 |       |
|          |                 |             |                                  |                                      |                        |                     |             |        |             |                                 |       |
|          |                 |             |                                  |                                      |                        |                     |             |        |             |                                 |       |

Calle Pedro Ponce Carrasco E8-06 y Av. Diego de Almagro  
Ed. Almagro Plaza, Oficinas 614-615- Quito, 170135 - ECUADOR  
Tel.: (+593) 23518657 - +593 23836890 - E-mail: [info@varifarma.ec](mailto:info@varifarma.ec)