

	FORMULARIO ALTA/MODIFICACIÓN DE PRESTADORES FARMACEUTICOS	PRO-FINT-01 Versión: 2.3
		FARMACIA

FARMACIA

(COMPLETE CON LETRA DE IMPRENTA)

1. NOMBRE DE FANTASÍA

--

2. NOMBRE RAZÓN SOCIAL:

CUIT:

3. LOCALIZACIÓN:

CALLE:	Nº:	BARRIO:
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	UGL: Agencia:
TELEFONO	FAX	
@mail:		

4. DATOS DEL RESPONSABLE LEGAL

Nombre y apellido
Teléfono
Horario:
@mail:

5. DATOS DEL FARMACÉUTICO DT

Nombre y apellido	Tipo y Nº de matricula
Teléfono	Horario:
@mail:	Presente durante la Auditoría SI ☐ NO ☐

6. SI CUENTA CON FARMACÉUTICOS AUXILIARES COMPLETE:

Nombre y apellido	Tipo y Nº de matricula
Teléfono	Horario:
@mail:	Presente durante la Auditoría SI ☐ NO ☐
Nombre y apellido	Tipo y Nº de matricula
Teléfono	Horario:
@mail:	Presente durante la Auditoría SI ☐ NO ☐

7. AÑO DE INICIO DE ACTIVIDADES

--

8. OTRAS EMPRESAS DEL SECTOR Y/O FARMACIAS DE ALGUNO DE LOS INTEGRANTES DE LA SOCIEDAD PROPIETARIA O DEL PROPIETARIO

RAZON SOCIAL	CUIT
DOMICILIO	
RUBRO	

9. SI POSEE ADMINISTRACION CENTRALIZADA FUERA DEL LOCAL COMPLETE

DOMICILIO:
TELEFONO:
HORARIO DE ATENCIÓN:
PROCESOS CENTRALIZADOS:

10. ¿CUÁNTOS EMPLEADOS TRABAJAN ACTUALMENTE EN EL ESTABLECIMIENTO?

--

11. ¿QUÉ HORARIO OPERA EL ESTABLECIMIENTO? CUMPLE LOS TURNOS OBLIGATORIOS COMO ES EL ORGANIGRAMA DE LOS MISMOS

	FORMULARIO ALTA/MODIFICACIÓN DE PRESTADORES FARMACEUTICOS	PRO-FINT-01 Versión: 2.3
		FARMACIA

12. HABILITACIÓN SANITARIA, MUNICIPAL Y PLANO ADJUNTADO

SI ☐

NO ☐

Indique lo pendiente _____

13. DROGUERIAS DE REPOSICIÓN

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	FRECUENCIA

14. EMPRESAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL O MEDICINA PREPAGA A LA QUE PRESTA SERVICIO.
(RELEVAMIENTO NO EXCLUYENTE PARA INGRESO)

15. TIPO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS QUE COMERCIALIZAN

	SI	NO	LISTAS- OBSERVACIONES
PSICOFÁRMACOS			
ESTUPEFACIENTES			
CLOZAPINA			
ALTO COSTO			

16. SI MANEJA ESPECIALIDADES MEDICINALES CONTROLADAS (ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS)
¿CÓMO LOS ALMACENA, ESTÁ DEFINIDO EL PERSONAL DE ACCESO?

17. SERVICIOS ESPECIALES (GABINETE U OTROS)

APLICACIÓN DE INYECTABLES
TOMA DE PRESION
CAMPAÑAS DE VACUNACION

18. GABINETE DE INYECTABLES

PERSONAL QUE APLICA LOS INYECTABLES
OBSERVACIONES

19. ¿POSEE HELADERA? CUANTAS

REGISTRA DIARIAMENTE LAS TEMPERATURAS	SI ☐	NO ☐	VECES/DÍA
USO EXCLUSIVO DE MEDICAMENTOS	SI ☐	NO ☐	
CAPACIDAD			
OBSERVACIONES			

20. ¿EXISTE UN PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA DE RECETAS DISPENSADAS A FIN DE VERIFICAR
PERTINENCIA CON EL FIN DE EVITAR RECLAMOS/ DESVÍOS DE PRODUCTOS O ERRORES DE DISPENSA?

	FORMULARIO ALTA/MODIFICACIÓN DE PRESTADORES FARMACEUTICOS	PRO-FINT-01 Versión: 2.3
		FARMACIA

21. TRAZABILIDAD: POSEE N° DE **CUFE** o **GLN** SI ☐ NO ☐

CUFE: Código de Ubicación Física del Establecimiento GLN: Número de Localización Mundial

N° CUFE

22. POLIZAS DE SEGUROS (RELEVAMIENTO NO EXCLUYENTE PARA INGRESO)

	POLIZA N°	EMPRESA	VIGENCIA
INCENDIO			
ROBO			
MALA PRAXIS			
INUNDACION* (En casos de zonas de riesgo)			

23. POSEE MATAFUEGO CON CARGA VIGENTE SI ☐ NO ☐ Número

Empresa
Vencimiento

Nombre y apellido del responsable comercial:
Firma y Fecha:

Nombre y apellido del director técnico:
Firma y Fecha:
Sello identificador de FARMACIA y/o DT:

Nombre y apellido del auditor PAMI:
Firma y Fecha: