

Contralorías Sanitarias Estadales

División de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

Recaudos para los Permisos Especiales a Pacientes con Tratamientos Prolongados

Notas:

a) Toda la documentación debe ser entregada en físico en la Contraloría Sanitaria del Estado que corresponda al Solicitante.

b) Este trámite es gratuito

| N° | Recaudo | Descripción | Verificado |
|----|---|--|---|
| 1 | Carta u Oficio dirigida a la Contraloría Sanitaria Estadal que corresponda. | Emitida por el Solicitante, indicando (Nombre, Apellido, del Paciente y de la Persona Autorizada, Cédula de Identidad, Dirección, Teléfono, Motivo y Fecha de la Solicitud). Esta Carta u Oficio debe ser impresa por duplicado. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2 | Informe Médico. | Original y Copia de este documento. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3 | Cédula de Identidad del Paciente. | Copia de este documento. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4 | Cédula de Identidad de la Persona Autorizada. | Copia de este documento. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5 | Partida de Nacimiento en caso de ser Menor de Edad. | Copia de este documento. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6 | Fe de Vida. | Copia de este documento. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

| CONTRALORIA SANITARIA ESTADAL | | |
|-------------------------------|----------------|----------------|
| RECIBIDO POR | VERIFICADO POR | AUTORIZADO POR |
| Nombre: _____ | Nombre: _____ | Nombre: _____ |
| Cargo: _____ | Cargo: _____ | Cargo: _____ |
| Fecha: _____ | Fecha: _____ | Fecha: _____ |

FO.27-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022