

ANEXO D

**ACTA DE DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS
CON SUSTANCIAS CONTROLADAS**

| | |
|----------------------------|--------|
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO | CÓDIGO |
|----------------------------|--------|

| | |
|----------------------|--------|
| REGENTE FARMACÉUTICO | CÓDIGO |
|----------------------|--------|

| | |
|------------------|----------|
| DIRECCIÓN EXACTA | TELÉFONO |
|------------------|----------|

EN FECHA _____ LOS ABAJO FIRMANTES PROCEDIMOS A EFECTUAR LA DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS CON SUSTANCIAS CONTROLADAS DE ACUERDO A LOS MÉTODOS DE DISPOSICIÓN ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA VIGENTE:

MOTIVO DE LA DESTRUCCIÓN:

RESPONSABLES

REGENTE FARMACEUTICO _____ CED _____ FIRMA _____

TESTIGO _____ CED _____ FIRMA _____

TESTIGO _____ CED _____ FIRMA _____

ACLARACIÓN DE TÉRMINOS

Motivo de Destrucción (Indicar si es por vencimiento, deterioro, cierre del establecimiento, etc.)

Nombre del Producto: indicar marca o genérico según corresponda

Presentación (indicar forma farmacéutica; ej. tabletas, supositorios, jarabes, etc.)

Código (Número correspondiente del medicamento controlado)