

**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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

6. SI CUENTA CON FARMACÉUTICOS AUXILIARES COMPLETE:

|                   |   |
|-------------------|---|
| Nombre y apellido | Tipo y Nº de matricula  |
| Teléfono          | Horario:  |
| @mail:            | Presente durante la Auditoría SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Nombre y apellido | Tipo y Nº de matricula  |
| Teléfono          | Horario:  |
| @mail:            | Presente durante la Auditoría SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

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

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**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 <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | VECES/DÍA |
| USO EXCLUSIVO DE MEDICAMENTOS         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |           |
| 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?**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

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: