

**INSTITUCIÓN DE SALUD “SALUD Y VIDA”**

**ÁREA: MEDICAMENTOS  
REQUERIMIENTO DE MEDICAMENTOS**

**I. DATOS GENERALES**

- **Área solicitante:** .....
- **Responsable del requerimiento:** .....
- **Cargo:** .....
- **Fecha de solicitud:** ..... / ..... / .....

**II. DETALLE DE MEDICAMENTOS SOLICITADOS**

Nº	Nombre del Medicamento	Presentación	Concentración	Cantidad Solicitada	Unidad de Medida	Observaciones
1	Paracetamol	Tabletas	500 mg	200	Blíster	Uso en pacientes febriles
2	Amoxicilina	Cápsulas	500 mg	150	Caja	Infecciones respiratorias
3	Suero fisiológico	Frasco	0.9%	50	Unidad	Rehidratación
4	Diclofenaco	Ampolla inyectable	75 mg/3 mL	100	Unidad	Dolor muscular
5	Metformina	Tabletas	850 mg	120	Blíster	Pacientes diabéticos

**III. JUSTIFICACIÓN DEL REQUERIMIENTO**

Se requiere el abastecimiento de los medicamentos antes detallados para garantizar la continuidad en la atención médica a los pacientes del establecimiento. La presente solicitud responde a la alta demanda y al control mensual de stock del área de farmacia.

**IV. FIRMA Y VALIDACIÓN**

**Responsable del área solicitante**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: .....  
Cargo: .....

---

**Vo. Bo. Dirección médica o administrativa**

Firma: .....  
Nombre: .....  
Cargo: .....