FECHA:

Solicitante del trámite (persona de contacto) (#):
Teléfonos de contacto (#):
Correo del solicitante (#):

Nota: Contacto o solicitante, persona que al ser llamado resuelve consultas, dudas y con quien se acuerda visita de autorización.

1.0	**ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO**	
1.1	**IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (#)**	
	Nombre del establecimiento	
	Tipo de establecimiento (Sala de Procedimiento, Pabellón de Cirugía Menor, Clínica, ELEAM, Clínica veterinaria, etc.)	
	Autorización Sanitaria (si corresponde)	
	Razón Social	
	RUT	
	Dirección	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
1.2	**IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO (#)**	
	Nombre Completo	
	Cédula de Identidad o RUN	
	Domicilio legal	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	

1.3	**INDIVIDUALIZACIÓN DEL BOTIQUÍN (#)**	
	Ubicación o especificación dentro del establecimiento.	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
1.4	**HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL BOTIQUÍN (#)**	
	Lunes a Viernes	
	Sábado	
	Domingo	
	Festivos	

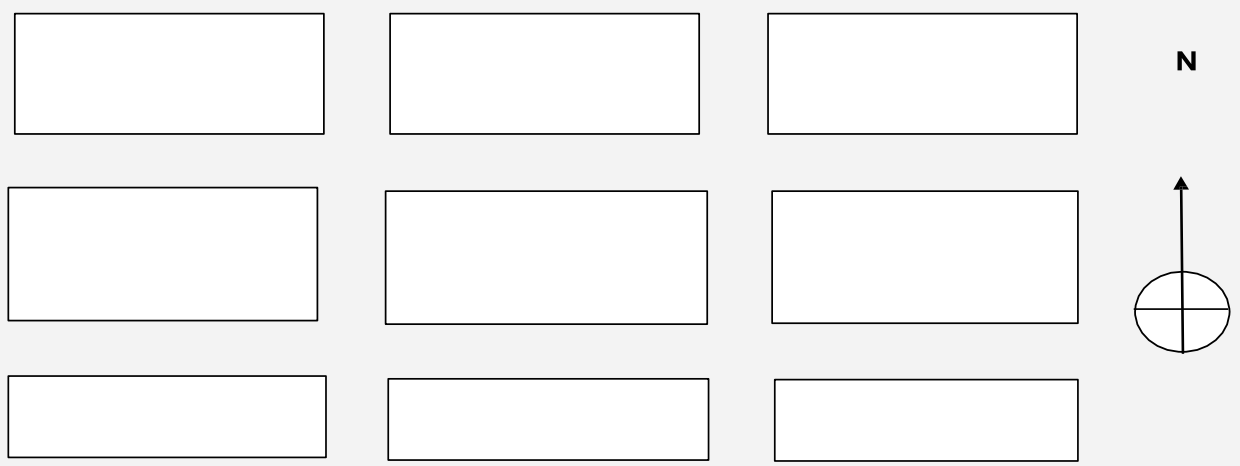
2.0 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA
Indicar fecha tentativa para visita inspectiva.

3.0	**ANTECEDENTES DEL (LOS) PROFESIONALE(S)**	
3.1	**RESPONSABLE TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO (#)**	
	Nombre Completo	
	Cédula de Identidad o RUN	
	Profesión	
	Domicilio particular	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
	HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL (#)	
	Lunes a Viernes	
	Sábado	
	Domingo	
	Festivos	
3.2.	**RESPONSABLE DEL BOTIQUIN (puede ser el Director Técnico) (#)**	
	Nombre	
	Cédula de Identidad o RUN	
	Profesión	
	Domicilio particular	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
	HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL	
	Lunes a Viernes	
	Sábado	
	Domingo	
	Festivos	

3.3	**SUBROGANTE DEL RESPONSABLE DEL BOTIQUIN (si corresponde)**	
	Nombre	
	Cédula de Identidad o RUN	

	Profesión	
	Domicilio particular	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
	HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL	
	Lunes a Viernes	
	Sábado	
	Domingo	
	Festivos	

4.0 OBJETIVO: DETERMINAR UBICACION DEL ESTABLECIMIENTO
Señale las calles o vías principales y ubicación del local en el mapa.



Nota: Especificar ubicación dentro de un establecimiento mayor, Mall, Clínica, hospital etc, (se puede complementar en el punto 2.0 de observaciones)

5.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)	**ADJUNTA**
5.1 Resolución Sanitaria que autoriza el funcionamiento del establecimiento o parte de él, en el que se encuentra el Botiquín o bien, documentos que acrediten la existencia del establecimiento (clínica veterinaria u otro equivalente).	
5.2 Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlo (Escritura de Propiedad, arriendo, Cesión de Derecho u otro) en copia legalizada notarialmente.	

5.3 Escritura Pública de Constitución de Sociedad: ➢ Inscripción en el registro de comercio ➢ Publicación en el diario oficial del extracto de constitución de sociedad ➢ Documento que acredite al Representante Legal ➢ Fotocopia simple de RUT de la empresa	
5.4 Dibujo simple a mano, Plano o croquis a escala, dimensionado y funcional del inmueble, que indique superficie total y distribución de las dependencias incluyendo el botiquín.	
5.5 Fotocopia legalizada del Título Profesional o técnico (Para profesionales extranjeros, fotocopia legalizada el certificado de reconocimiento de Título Profesional) o certificado de prestador individual de salud, emitido por la superintendencia de salud (www.supersalud.cl), del responsable del botiquín.	
5.6 Listado de medicamentos necesario para las prestaciones que entrega el establecimiento, utilizando el nombre genérico, forma farmacéutica (inyectable, capsulas, comprimidos, crema, etc.). El Listado debe estar firmado en todas sus páginas por el responsable del Botiquín. **(#)**	
5.7 Formato de receta retenida de productos sujetos a control legal de uso interno, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de productos psicotrópicos DS 405/83 (si corresponde).	
5.8 Formato de receta cheque de uso interno de acuerdo a la Resolución Exenta N° 117 del 24/02/2014, que aprueba la Norma técnica N° 161, que dice relación con el formato de receta cheque de uso interno en establecimientos asistenciales (si corresponde).	
5.9 Comprobante de pago de arancel **4162001**entregado por caja. Previo al otorgamiento de la autorización definitiva.	

(#) REPRESENTA LA DOCUMENTACIÓN MINIMA NECESARIA PARA OPTAR A LA RESOLUCIÓN PROVISORIA DE BOTIQUÍN LA CUAL TENDRA UNA VIGENCIA DE 15 DÍAS HABILES, CON RENOVACIÓN AUTOMATICA (ARTICULO 32 DE LEY N° 19.880) PERIODO EN EL CUAL SE DEBEN COMPLETAR LOS ANTECEDENTES NECESARIOS PARA LA AUTORIZACIÓN DEFINITIVA.

Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidas en la legislación vigente, para solicitar la autorización de instalación y funcionamiento del establecimiento anteriormente señalado. Que si en la revisión posterior, efectuada por la Autoridad Sanitaria, se verificare que los datos entregados en este documento no están completos y ajustados a lo establecido en la reglamentación vigente o no son fidedignos, esto será causal suficiente para denegar la presente solicitud.

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

NOMBRE, R.U.N. Y FIRMA Representante Legal	NOMBRE, R.U.N. Y FIRMA Director Técnico	NOMBRE, R.U.N. Y FIRMA Responsable del botiquín

FECHA:

I. Antecedentes establecimiento:

Nombre botiquín:				
Dirección de botiquín:				
Nombre encargado de botiquín:				
Correo electrónico encargado de botiquín:				
Trámite (Marcar con una X):		**Autorización de funcionamiento de botiquín**		**Modificación de arsenal farmacológico de botiquín**

II. Listado de productos farmacéuticos:

Definiciones de acuerdo al D.S. N° 3/2010 que Aprueba Reglamento Del Sistema Nacional de Control de Los Productos Farmacéuticos de Uso Humano:

1. **Principio activo:** Sustancia o mezcla de sustancias dotadas de efecto farmacológico específico, o bien, que sin poseer actividad farmacológica, al ser administrada al organismo la adquieren.
2. **Dosis:** La cantidad total de un medicamento o producto farmacéutico contenido en la forma farmacéutica autorizada y que se administra en cada oportunidad.
3. **Concentración:** Concentración de los principios activos que constituyen la fórmula del producto, en las relaciones peso/peso, peso/volumen, unidad de dosis/volumen o en unidades referidas a un estándar reconocido internacionalmente.
4. **Forma Farmacéutica:** Forma física en la cual se presenta una medicamento, para facilitar su fraccionamiento, dispensación, dosificación y administración o empleo.
5. **Forma Farmacéuticas solidas:** Polvos, cápsulas, tabletas, comprimidos, grageas, supositorios y óvulos, parches.
6. **Forma Farmacéuticas semisólidas:** Pomadas, cremas, geles o jaleas, pastas.
7. **Forma Farmacéuticas líquidas:** Soluciones, soluciones inyectables, jarabes, emulsiones, suspensiones, colirios, lociones, tinturas, extractos fluidos, etc.
8. **Forma Farmacéuticas gaseosas:** Aerosoles, oxígeno y óxido nitroso.
9. **Registro Sanitario de Referencia:** Corresponde a la información del producto farmacéutico autorizado, para definir correctamente el principio activo, dosis, forma farmacéutica, etc. Esta información se obtiene desde la página web **http://registrosanitario.ispch.gob.cl/**. Medicamentos que no cuenten con registro sanitario de referencia no serán considerados.

III. **Ejemplo, para el ingreso de la información de los productos farmacéuticos requeridos (*Ingresar en orden alfabético).***

Registro Sanitario de Referencia	Principio activo/Dosis o Concentración	Forma Farmacéutica
F-17572/14, o cualquier registro equivalente.	ACIDO-5-AMINOLEVULINICO CLORHIDRATO 20% (OLDEX)	POLVO PARA SOLUCIÓN TÓPICA C/SOLVENTE
F-19808/13, o cualquier registro equivalente.	CLORURO DE SODIO 0,9% (SUERO FISIOLÓGICO)	SOLUCIÓN INYECTABLE
F-494/13, o cualquier registro equivalente.	PARACETAMOL 500 mg	COMPRIMIDOS

IV. Fundamentación Técnica para el uso de los productos farmacéuticos del listado solicitado:

A modo de ejemplo estos pueden ser:

Clínicas psiquiátricas: Para administración según indicación médica en pacientes ambulatorios y residentes principalmente medicamentos bajo control legal, estupefacientes y psicotrópicos, entre otros.

Centros para tratamiento del dolor: Para administración según indicación médica en pacientes ambulatorios y residentes principalmente analgésicos mayores y menores, antiinflamatorios, etc.

Centro de diálisis: Para administración según indicación médica en pacientes ambulatorios y residentes principalmente Sueros, medicamentos para uso Genito-Urinario, etc.

Lo anterior aplica para otros establecimientos de salud como: Sala de procedimientos, pabellones de cirugía menor, establecimientos veterinarios, entre otros.

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

NOMBRE R.U.N. Y FIRMA DIRECTOR TÉCNICO

DECLARACION DEL DIRECTOR TECNICO DEL BOTIQUIN

El que suscribe _____

Cédula de identidad _____ _profesión_____

_____efectúa las funciones

Del Director Técnico del botiquín de medicamentos de _____

_____

ubicado en _____

en la ciudad de_____ a contar de la siguiente fecha

_____.

El horario de desempeño laboral en la función señalada es de

Lunes a Viernes de _____ hrs a _____ hrs.

Sábado de : _____ hrs a _____ hrs

Domingo y Festivos de :_____ hrs a _____ hrs.

_____	_____	_____
Fecha	Firma	Firma Director/a

Mi domicilio particular es:……, comuna de……..

Correo electrónico: …….. Fono particular……

Antecedentes requeridos:
1) Certificado de título original o copia legalizada (copia fiel del original)
2) Fotocopia carné ambos lados
3) Si es extranjero, **adicionalmente** copia legalizada de certificado del Ministerio de Relaciones Exteriores (copia fiel del original) o revalidación de título según sea el caso.
4) Certificado Inscripción Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud.
Todos los documentos deben ser legalizados ante notario.

AL SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD
REGION LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS

Acta N°	
Fecha	/ /

Nombre del Botiquín	

MARQUE CON UN ✓SI ES POSITIVO O CON UNA X SI ES NEGATIVO, NA CUANDO NO APLIQUE O NO CORRESPONDA.

CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA

	Recinto circunscrito al Establecimiento Autorizado
	Pisos y muros sin grietas y de fácil limpieza
	Pisos de material sólido no resbaladizo
	Infraestructura incombustible
	Recinto con iluminación adecuada natural o forzada suficiente y adecuada
	Recinto con ventilación natural o forzada suficiente y adecuada
	Recinto debe contar con extintor anclado a pared, de fácil acceso con ubicación indicada con la señalética correspondiente

CONDICIONES SANITARIAS Y AMBIENTALES EN EL LUGAR DE TRABAJO

	Pasillos de tránsito despejados con un diámetro mínimo de 80 cm
	Mueble útiles de aseo si los productos de limpieza se mantienen dentro del botiquín
	Basureros con tapa batiente o de pedal con bolsa interior
	Lavamanos habilitado para uso del personal que cuente con dispensador de jabón líquido y toallas de mano desechables
	Servicios higiénicos en funcionamiento para el personal, el cual puede estar ubicado en el establecimiento del cual forma parte

ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

	Estanterías apropiada para recibir y almacenar medicamentos, sin grietas, lisas, lavables, firmes y separadas de pisos, murallas y cielos
	Mueble con llave empotrado para mantener en resguardo las drogas y productos farmacéuticos sometidos a control legal
	Refrigerador (si procede el mantenimiento de medicamentos sujetos a Cadena de Frío) dotado con termómetro de máxima y mínima el cual debe funcionar de acuerdo a los requisitos indicados en la Norma de Aplicación de Cadena de Frío
	Termómetro ambiental de máxima y mínima
	Planilla para registro de control de Temperatura Máxima y Mínima Ambiental
	Planilla para registro de control de Temperatura Máxima y Mínima Cadena de frío
	Hoja de vida del refrigerador con especificaciones técnicas, condiciones para su instalación, fechas de mantenimiento, etc.

REGISTROS OFICIALES

	Registro de Medicamentos Estupefacientes (si procede)
	Registro de Medicamentos Psicotrópicos (si procede)

SECTOR DE TRABAJO DEL PERSONAL A CARGO DEL BOTIQUÍN

	Escritorio con silla ergonómica para encargado y personal administrativo
	Repisas para almacenamiento de libros y registros sin grietas y de fácil limpieza
	Casilleros para uso exclusivo personal (en el establecimiento)
	Ventilación natural o forzada suficiente y adecuada
	Iluminación natural o forzada suficiente y adecuada

OBSERVACIONES