|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Identificación:**
 |  |  |  |  |  |
| Nombre Establecimiento |   |
| Rut Establecimiento |   |
| DT |  |
| Dirección |   |
| Comuna |   |
| Fecha |   |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. **Informe Guías de controlados:**
 |
| Guías de controlados (total) N° |   |
|  |  |
| N° de Guía | Proveedor | Fecha |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **III. Informe RCh**  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| N ° Total de despachos (mensual) |   |  |  |
|  |  |  |  |
| Nombre de Medicamento | Cantidad total despachada (cajas) del mes |  |  |
|   |   |  |  |
|   |   |  |  |
|   |   |  |  |
|   |   |  |  |
|   |   |  |  |
|   |   |  |  |
|   |   |  |  |
|   |   |  |  |
|   |   |  |  |

**IV. Desglose por Medicamento:**

|  |  |
| --- | --- |
| **PRODUCTO** |  |
| **REGISTRO ISP** |  |
| **SALDO ANTERIOR** |  |
| **CANTIDAD RECIBIDA** |  |
| **CANTIDAD DESPACHADA** |  |
| **SALDO**  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° CHEQUE** | **CANTIDAD** | **FECHA DESP.** | **NOMBRE PACIENTE** | **RUT****PCTE** | **NOMBRE MEDICO** | **RUT MEDICO** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |  |   |   |