

SOLICITUD DE OPERACIÓN PARA APERTURAS

(Escriba claro de preferencia con letra imprenta o de molde, no utilice corrector ni haga tachones, debe llenarse sin omitir ningún detalle)

1 Fecha **2** Nombre comercial del establecimiento

3 Tipo de Establecimiento Farmacia Droguería Laboratorio Humano Laboratorio Cosmético Distribuidora de Cosméticos

4 Motivo de apertura Establecimiento nuevo Traslado N° Permiso operación existente en caso de traslado

5 Provincia **6** Cantón **7** Distrito

8 Dirección exacta (Calles, avenidas y otras señas)

9 Nombre de la persona física o jurídica propietaria del establecimiento **10** Cédula de identidad o jurídica

11 Horario del establecimiento (días y horas)

12 Actividades del Establecimiento
 Marque con una "x" en el espacio correspondiente si las actividades se realizan o **NO** de acuerdo al tipo de establecimiento. Favor marcar todas las líneas.

12a Farmacia

| Si | No | | Si | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Despacho de recetas de medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Manejo de medicamentos termolábiles |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Despacho de medicamentos sicotrópicos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Toma de Presión Arterial |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Despacho de medicamentos estupefacentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Preparación de nutrición parenteral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aplicación de inyectables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Preparación de quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Manejo de vacunas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Preparaciones magistrales |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Manejo de radiofármacos |

Otras actividades, especifique

12b Droguería o Distribuidora

| Si | No | | Si | No | Almacenamiento de: |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Importación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Exportación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicamentos controlados |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Distribución | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicamentos de investigación biomédica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Servicio de distribución a terceros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicamentos de cadena de frío |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Venta al por mayor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicamentos con condiciones de almacenamiento especiales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Servicio de almacenamiento a terceros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Equipo y material biomédico |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cosméticos |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Productos naturales medicinales |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Muestras médicas |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Material promocional |

Otras actividades, especifique

12c Laboratorio

| Si | No | | Si | No | Elaboración de: | Sólido | Líquidos | Semisólido |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Exportación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicamentos humanos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Importación de materias primas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicamentos veterinarios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acondicionamiento secundario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Productos naturales medicinales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Análisis a terceros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Productos cosméticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Producción por contrato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicamentos estériles, beta lactámicos, con hormonas o citostáticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Otras actividades, especifique

Al firmar este documento declaro bajo juramento, consciente de las sanciones con que la Ley Penal costarricense castiga los delitos de perjurio y falso testimonio, establecidas en los artículos 318 y 323, lo siguiente: - Cumplir con la Ley General de Salud, las leyes, reglamentos y demás disposiciones del ordenamiento jurídico que regulen la actividad o actividades consignadas en el presente formulario.- Que nos sometemos a toda investigación, información y diligencias que deba efectuar el Departamento de Fiscalía del Colegio para completar cualquier diligencia previa a la aprobación de esta solicitud.

13 Nombre y firma del o los representantes legales o propietarios o Nombre y firma del Director Médico (CCSS)

14 Sello (en caso de establecimientos de la CCSS)

15 Auténtica la(s) firma(s)