

## SOLICITUD DE OPERACIÓN POR CAMBIOS VARIOS

(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** Permiso de operación

**4** Tipo de Establecimiento  Farmacia  Droguería  Laboratorio Humano  Laboratorio Cosmético  Distribuidora de Cosméticos

**5** Motivo de presentación: (Marque con una "x" el o los motivos que apliquen e indique la información anterior necesaria)

Cambio de nombre comercial  Nuevo nombre

Cambio de propietario  Nuevo propietario físico o jurídico

Documento de identidad físico o jurídico

Cambio de horario del establecimiento  Nuevo horario

**6** 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)

### 6a 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 estupefacientes	<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:

### 6b 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:

### 6c Laboratorio

Si	No		Si	No	Elaboración de:	Sólido	Líquido	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, conciente 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.

**7** Nombre y firma del o los representantes legales, propietario o Director Médico (CCSS)

**8** Sello (en caso de establecimientos de la CCSS)

**9** Auténtica la(s) firma(s)