



**SECCIÓN DE LICENCIAMIENTO DE FARMACIAS, MEDICAMENTOS Y REGISTRO DE
MEDICAMENTOS**

USO OFICIAL: NÚMERO DE QUERELLA: _____

FORMULARIO OFICIAL PARA RADICACIÓN DE QUERELLAS

I. INFORMACIÓN DE LA FACILIDAD: **FECHA RADICACIÓN:** _____

Nombre: _____

Número De Licencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

II. NOMBRE DEL QUERELLADO: _____

Género: _____

Anónimo: ()

EMAIL: _____

Teléfono: _____

III. DIRECCIÓN: _____

IV. DETALLES DE LA QUERELLA:

V. MENCIONE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON LA SITUACION: (SI APLICA)

VI. SEGUIMIENTO



**SECCIÓN DE LICENCIAMIENTO DE FARMACIAS, MEDICAMENTOS Y REGISTRO DE
MEDICAMENTOS**

Querrela o Queja puede ser enviada a:

❖ **Dirección postal:**

Departamento de Salud

Secretaría Auxiliar Para Regulación de la Salud Pública

División de Facilidades de Salud

Sección de Licenciamiento de Farmacias, Medicamentos y Registro de Medicamentos

1506 Avenida Ponce de Leon

Santurce, PR 00909

❖ **Correo electrónico:**

Janice.ramoslopez@salud.pr.gov - amelia.diaz@salud.pr.gov

❖ **Entrega a la mano:**

Departamento de Salud

Secretaría Auxiliar Para Regulación de la Salud Pública

División de Facilidades de Salud

Sección de Licenciamiento de Farmacias, Medicamentos y Registro de Medicamentos

1506 Avenida Ponce de Leon

Santurce, PR 00909

Para más información puede comunicarse a nuestras oficinas al (787) 782-0120 ext. 4770, 4773, 4749, 4720.

USO OFICIAL

Recibida por:

Trámite a seguir:

Fecha:

Hora: