

FORMATO "F"

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS Y OTROS INSUMOS RELACIONADOS CON LA SALUD CON CARGO AL FONDO PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS FONDEN

Oficio No. _____
Fecha _____

C. _____
**DIRECTOR GENERAL DEL
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y
CONTROL DE ENFERMEDADES
PRESENTE**

Por este conducto me permito informarle que el ____ de ____ del año ____ la Coordinación General de Protección Civil, emitió Boletín de Prensa No. ____ a través del cual expidió declaratoria de Emergencia con motivo de (incluir fenómeno natural que ocasiona la emergencia) ocurrido los días _____ de ese mismo año y que afectaron diversos municipios del Estado de _____.

En razón de lo anterior, atento a lo dispuesto por el artículo 15 de los Lineamientos del Fondo para la Atención de Emergencias FONDEN (Lineamientos), me permito hacerle la siguiente requisición de medicamentos y otros insumos para la atención de las necesidades urgentes para la salvaguarda de la vida y la salud de la población afectada con la emergencia que nos ocupa.

Para los efectos anteriores, me permito proporcionarle la siguiente información:

- Municipios objeto de la Declaratoria de Emergencia. (Identificando la población afectada por la emergencia) -

	Municipio	Población Afectada
TOTAL		

-Propuesta de insumos requeridos-

SECCIÓN I. MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LOS DESASTRES NATURALES

CUADRO I.- Medicamentos para el tratamiento de infecciones respiratoria agudas.

No.	Descripción	Presentación	Clave	Cantidad a solicitar	Población a beneficiar

Cálculo realizado por:

Nombre: _____

Cargo: _____

Teléfonos: _____

CUADRO II.- Medicamentos e insumos para el tratamiento de enfermedades diarreicas agudas (EDA's)

No.	Descripción	Presentación	Clave	Cantidad a solicitar	Población a beneficiar

Cálculo realizado por:

Nombre: _____

Cargo: _____

Teléfonos: _____

CUADRO III.- Vacunas, toxoides, inmunoglobulinas y antitoxinas

No.	Descripción	Presentación	Clave	Cantidad a solicitar	Población a beneficiar

Cálculo realizado por:

Nombre: _____

Cargo: _____

Teléfonos: _____

CUADRO IV.- Insumos para la prevención de tétanos, otras enfermedades infecciosas y la picadura de animales ponzoñosos.

No.	Descripción	Presentación	Clave	Cantidad a solicitar	Población a beneficiar

Cálculo realizado por:
 Nombre: _____
 Cargo: _____
 Teléfonos: _____

CUADRO V.- Medicamentos para el tratamiento de otros padecimientos de ocurrencia frecuente en casos de desastres.

No.	Descripción	Presentación	Clave	Cantidad a solicitar	Población a beneficiar

Cálculo realizado por:
 Nombre: _____
 Cargo: _____
 Teléfonos: _____

CUADRO VI.- Catálogo integral de medicamentos e insumos para la atención de enfermedades de importancia epidemiológicas en los desastres naturales

No.	Descripción	Presentación	Clave	Cantidad a solicitar	Población a beneficiar

Cálculo realizado por:
 Nombre: _____
 Cargo: _____
 Teléfonos: _____

SECCIÓN II. INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EPIDEMIOLÓGICO ASOCIADAS CON DESASTRES NATURALES.

Cuadro VII. Reactivos, insumos y estuches para el diagnóstico de las principales enfermedades asociadas a la ocurrencia de desastres naturales y que ponen en riesgo la Seguridad en Salud.

No.	Descripción	Presentación	Clave	Cantidad a solicitar	Población a beneficiar

Cálculo realizado por:
 Nombre: _____
 Cargo: _____
 Teléfonos: _____

SECCIÓN III. INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EPIDEMIOLÓGICO ASOCIADAS CON DESASTRES NATURALES

No.	Descripción	Presentación	Clave	Cantidad a solicitar	Población a beneficiar

Cálculo realizado por:
 Nombre: _____
 Cargo: _____
 Teléfonos: _____

Cuadro VIII. Insecticidas.

No.	Descripción	Presentación	Clave	Cantidad a solicitar	Población a beneficiar

Cálculo realizado por:
 Nombre: _____
 Cargo: _____
 Teléfonos: _____

SECCIÓN IV. INSUMOS PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Cuadro IX. Productos para el control de riesgos sanitarios

No.	Descripción	Presentación	Clave	Cantidad a solicitar	Población a beneficiar

Cálculo realizado por:

Nombre: _____

Cargo: _____

Teléfonos: _____

Cuadro X. Insumos de laboratorio para el control de riesgos sanitarios

No.	Descripción	Presentación	Clave	Cantidad a solicitar	Población a beneficiar

Cálculo realizado por:

Nombre: _____

Cargo: _____

Teléfonos: _____

Una vez recibidos los insumos, el Gobierno del Estado se compromete a informar a esa Dirección General respecto de la utilización de los mismos, en un plazo que no deberá exceder de 60 días naturales contados a partir de la notificación del Cierre de la Emergencia.

“La utilización y prescripción de los medicamentos e insumos autorizados y entregados a los Servicios de Salud a través del Fondo para la Atención de Emergencias FONDEN, quedan bajo responsabilidad de las autoridades de salud de la entidad federativa que solicita el apoyo.”

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE

**NOMBRE Y FIRMA DEL
SECRETARIO DE SALUD DE LA ENTIDAD FEDERATIVA**

C.c.p. DIRECTOR GENERAL PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS