

Conociendo Nuestros Clientes



Nombre de la Facilidad	Nombre según registrado
Nombre de dueño y/o persona autorizada	Nombre según registrado
# Cuenta con Droguería Betances, LLC	De tener alguna duda comunicarse con su vendedor
# Registro del DEA (Favor adjuntar copia)	
Clasificaciones Aprobadas en Registro	<input type="checkbox"/> CII <input type="checkbox"/> CIII <input type="checkbox"/> CIV <input type="checkbox"/> CV Marcar todas las que apliquen
Teléfono / Fax	Número a contactar en caso de que se necesite validar información relacionada a la farmacia
Correo electrónico	Email a contactar en caso de que se necesite validar información relacionada a la farmacia
Dirección Física	

La política "Conociendo Nuestros Clientes" forma parte de la Ley de Seguridad establecida en el Código Federal 21 1301.74. Esta regulación federal requiere a los distribuidores monitorear órdenes de Sustancias Controladas con el fin de prevenir su desvío y abuso.

LA INFORMACION PROVISTA SERÁ MANEJADA CONFIDENCIALMENTE POR EL FARMACÉUTICO AUTORIZADO DE DROGUERÍA BETANCES, LLC.

Favor de completar las siguientes preguntas: **De algún campo no aplicar escribir N/A.**

Trasfondo del Negocio - General

1. ¿Es usted un cliente nuevo de Droguería Betances, LLC? Sí No
2. Servicio y/o Cuidado:
 - a. Indique el tipo de servicio y/o cuidado que ofrece en su establecimiento: **Marcar todas las que apliquen**

<input type="checkbox"/> Farmacia de Comunidad <input type="checkbox"/> Farmacia de Hospital (IPD) <input type="checkbox"/> Farmacia de Hospital (OPD) <input type="checkbox"/> Farmacia Especializada <input type="checkbox"/> Farmacia Centro Fondos 330: Atiende pacientes externos: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Institución Penal <input type="checkbox"/> Centro Renal <input type="checkbox"/> Servicio a Hospicios <input type="checkbox"/> Servicio a Hogares <input type="checkbox"/> Médico con Registro Trienal: Especialidad: _____ <input type="checkbox"/> Veterinario <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--
 - b. ¿Ha realizado cambios a los servicios que ofrecía? Sí No Indique: _____
3. Indique horario de operación del establecimiento: _____
4. ¿Ha recibido en los últimos 2 años alguna inspección realizada por DEA o ASSMCA? Sí No
5. Especifique la fecha de la última inspección _____
6. ¿Ha tenido alguna pérdida de Sustancias Controladas en el pasado año? Sí No

7. ¿Ha sido revocada o suspendida la licencia del DEA y/o ASSMCA al establecimiento, dueño, socio, usted o algún empleado? ¿O ha sido usted o algún empleado sancionado por alguna autoridad federal o estatal durante los pasados 5 años?
 Sí No Explique: _____

Trasfondo del Negocio – Farmacias

1. ¿Qué sistema de procesamiento de recetas posee la farmacia? _____

Revisión de Productos Controlados CII a CV - Farmacias

1. Promedio **total** de recetas por día: _____
Promedio **total** de recetas de Sustancias Controladas por día: _____

2. Marque con una **(X)** las alternativas que apliquen y el promedio total por día:

Productos De Venta	(X)	Promedio Total de Recetas por Día
Sustancias CII		
Sustancias CIII-CV		

Marcar con una X las categorías que apliquen y documentar la cantidad. De no aplicar escribir N/A

3. Indique nombre y título de las personas autorizadas a firmar la Forma DEA 222 (Favor adjuntar copia de Poder Legal):

Nombre	Título

4. Indique la persona contacto para el Programa de Monitoreo de Sustancias Controladas (CSMP):

Nombre	Correo Electrónico	Teléfono

5. Mencione y/o adjunte una lista de las Sustancias Controladas más utilizadas en su facilidad y cualquier información relevante que justifique algún incremento en el aumento de las compras de este(os) producto(s).
[Indicar detalles que puedan impactar las órdenes realizadas \(ejemplo: ubicación, oficinas medicas aledañas, servicios que ofrecen, etc\)](#)

6. Indique servicios y/o instituciones cercanas que impactan su orden de Sustancias Controladas (Farmacia cercana a Clínicas de Manejo de Dolor, Control de Peso, Gastroenterólogos, Programa de Buprenorfina, entre otros) e indique el porcentaje de despachos que son afectados por estos servicios y/o instituciones:
[Indicar detalles que puedan impactar las órdenes realizadas \(ejemplo: ubicación, oficinas medicas aledañas, servicios que ofrecen, etc\)](#)

7. Provea una descripción de la demografía (población) que la farmacia atiende diariamente (Poblaciones de edad avanzada, vecindarios de clase alta, escuelas cercanas que implique alto porcentaje de recetas para pacientes pediátricos, entre otros):
[Indicar detalles que puedan impactar las órdenes realizadas \(ejemplo: ubicación, oficinas medicas aledañas, servicios que ofrecen, etc\)](#)

8. Liste los controles que tiene implementados para mantener un control eficaz contra el posible desvío de Sustancias Controladas (De tener un procedimiento (SOP) detallando sus procesos, favor incluir el mismo con este documento):

Conociendo Nuestros Clientes



9. ¿Cuál es el procedimiento que siguen al recibir una receta de un paciente con dirección fuera del pueblo y/o área limítrofe de la farmacia?
[Proceso a seguir o información a valdiar en caso de que se reciba una receta fuera del pueblo y/o área limítrofe](#)
-
10. ¿Cuál es el procedimiento que siguen al recibir una receta de un médico fuera del pueblo y/o área limítrofe de la farmacia?
[Proceso a seguir o información a valdiar en caso de que se reciba una receta de un proveedor fuera del pueblo y/o área limítrofe](#)
-
11. ¿La farmacia dispensa recetas de Sustancias Controladas por médicos que actúan fuera de su especialidad?
Si No Explique: [Justificación](#)
-
12. ¿La farmacia ha identificado los médicos que prescriben esas recetas y los médicos han sido objeto de medidas disciplinarias? Sí No Explique: [Justificación](#)
-
13. En el caso de encontrar un médico que haya sido objeto de medidas disciplinarias o contenga alertas en las entidades gubernamentales pertinentes, ¿Cuál es el procedimiento?
[Detalles del proceso a seguir](#)
-
14. Indique si llevan a cabo análisis de las alertas (*Red Flags*) de la data de dispensación de medicamentos: (Red Flags incluye, pero no limitado a: % Sustancias Controladas vs No Sustancias Controladas), % Cash, Cash vs Plan Médico).
Si No Explique: [Indicar si entienden que su farmacia tiene alguna alerta o patrón de dispensación que pudiese ser una alerta y justificar la misma](#)
-
15. Indique si documentan resolución de las alertas que identifican del análisis de las alertas de la data de dispensación:
Si No
16. Indique si tienen dentro de su Programa de Cumplimiento de Sustancias Controladas procedimientos/políticas y adiestramientos para el personal en cuanto a sus responsabilidades y diligencias requeridas:
Si No Explique: _____
-
17. ¿El farmacéutico tiene la libertad para negarse a dispensar una prescripción? Si No Explique: _____
-

Revisión de Productos Controlados CII a CV - Institucional

1. Indique nombre y título de las personas autorizadas a firmar la Forma DEA 222 (Favor adjuntar copia de Poder Legal):

Nombre	Título

2. Indique la persona contacto para el Programa de Monitoreo de Sustancias Controladas (CSMP):

Nombre	Correo Electrónico	Teléfono

3. Indique servicios y/o población que impactan su orden de Sustancias Controladas (Censo, Subastas, Clínicas de Salud, Esterilización de Mascotas, entre otros): _____
[Indicar detalles que puedan impactar las órdenes realizadas \(ejemplo: ubicación, oficinas medicas aledañas, servicios que ofrecen, etc\)](#)
-

Conociendo Nuestros Clientes



4. Mencione y/o adjunte una lista de las Sustancias Controladas más utilizadas en su facilidad y cualquier información relevante que justifique algún incremento en las compras de este(os) producto(s).
[Indicar detalles que puedan impactar las órdenes realizadas \(ejemplo: ubicación, oficinas medicas aledañas, servicios que ofrecen, etc\)](#)

5. Liste los controles que tiene implementados para mantener un control eficaz contra el posible desvío de Sustancias Controladas.

[Ejemplo: SOPs, políticas](#)

Revisión de Productos Controlados CII a CV - General

1. Indique los distribuidores, además de Droguería Betances, a los cuales ha comprado Sustancias Controladas en los últimos 12 meses. Indique si continúa comprando Sustancias Controladas (SC) a estos suplidores.

Distribuidor	¿Ha comprado SC en los últimos 12 meses?		¿Actualmente Compra SC?	
	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

2. ¿Es Droguería Betances su distribuidor principal?

Si No Explique:

3. ¿Algún distribuidor le ha suspendido previamente las compras de Sustancias Controladas?

Si No Explique: _____

Declaración

Hoy, ____ de _____ del 20____, certifico que he completado el cuestionario **Conociendo Nuestros Clientes** provisto por Droguería Betances, LLC. donde la información incluida es correcta y de acuerdo con la operación actual del negocio.

(Nombre en Letra de Molde)

(Firma del Personal Autorizado)

(Posición o Cargo)

Agradecemos notifique si surgen cambios a la información provista en el cuestionario.

Comentarios: N/A [Para ser completado por el personal de Droguería Betances](#)
