



**COLEGIO
FARMACEUTICO
DE LA PROVINCIA DEL
NEUQUEN**

FEFARA 
FEDERACIÓN FARMACÉUTICA

 //colfaneuquen.website  @colfaneu  facebook.com/colfaneu

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE LAS FARMACIAS AL SERVICIO FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LAS FARMACIAS DEL NEUQUÉN

1. Datos de identificación de la farmacia

- Nombre de la farmacia:
- Razón social:
- CUIT:
- N° de habilitación sanitaria:
- Domicilio:
- Localidad:
- Teléfono:
- Correo electrónico institucional:
- Director/a Técnico/a:
- Matrícula profesional:

2. Farmacéuticos/as intervinientes en el servicio

- Farmacéutico/a responsable del servicio SFAPS – PA
 - Nombre y apellido:
 - Matrícula profesional:
 - Teléfono / correo electrónico:
- Otros farmacéuticos que participarán en la prestación del servicio (si corresponde):
 - Nombre: Matrícula:
 - Nombre: Matrícula:

3. Check list de requisitos técnico-operativos

RECURSOS/INSUMOS ASOCIADOS A LA PROPUESTA

Marcar con una X según corresponda y completar observaciones cuando sea necesario.

A1. Habilitación sanitaria vigente

- Sí
 - No
- N° de habilitación y autoridad sanitaria:



COLEGIO
FARMACEUTICO
DE LA PROVINCIA DEL
NEUQUEN

FEFARA 
FEDERACIÓN FARMACÉUTICA

 //colfaneuquen.website  @colfaneu  facebook.com/colfaneu

A2. Disponibilidad de ZAP o equivalente

(Zona de Atención Personalizada o espacio físico destinado a la prestación del servicio, con privacidad y condiciones adecuadas).

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ En construcción

Descripción breve del espacio (ubicación, metros aproximados, tipo de mobiliario):

A3. Certificación de capacitación por parte del farmacéutico que implemente el servicio

(Participación en foros, curso virtual y/o curso asincrónico FEFARA sobre implementación de SFAPS de cada Farmacéutico participante).

- ☐ Sí
- ☐ No

Cursos realizados / año / institución:

Se adjuntan copias de certificados:

- ☐ Sí
- ☐ No

A4. Recurso informático propio con acceso a datos

(PC, notebook o tablet con acceso a internet para registro digital en el sistema SFAPS).

- ☐ Sí
- ☐ No

Ubicación del equipo respecto de la ZAP:

A5. Adhesión voluntaria de la Farmacia y del/los farmacéuticos intervinientes

La farmacia y los farmacéuticos intervinientes manifiestan su adhesión voluntaria a la implementación del SFAPS de Medición de la Presión Arterial y su compromiso de cumplir con los procedimientos y registros establecidos.

- ☐ Sí
- ☐ No

Observaciones:



COLEGIO
FARMACEUTICO
DE LA PROVINCIA DEL
NEUQUEN

FEFARA 
FEDERACIÓN FARMACÉUTICA

 //colfaneuquen.website  @colfaneu  facebook.com/colfaneu

A6. Tensiómetro digital y recursos asociados a la medición de la PA de acuerdo al procedimiento establecido

- Tensiómetro digital automático de brazo:
 - ☐ Sí
 - ☐ NoMarca y modelo:
- Manguitos disponibles (marcar):
 - ☐ Adulto estándar
 - ☐ Brazo grande
 - ☐ Otros:
- Mobiliario adecuado (silla con respaldo, mesa/apoyabrazos a la altura del corazón):
 - ☐ Sí
 - ☐ No
- Cartelería/instructivo de postura y condiciones para la medición:
 - ☐ Sí
 - ☐ No

Observaciones sobre equipamiento y recursos:

A7. **Certificado de calibración del equipamiento**

(Se sugiere solicitarlo como requisito para garantizar validez de las mediciones).

- ¿La farmacia dispone de certificado de calibración del tensiómetro?
 - ☐ Sí
 - ☐ No

Fecha de la última calibración:
Entidad que realizó la verificación/calibración (si corresponde):
Observaciones (por.ej.: plan previsto para calibración en caso de no disponer):

4. Declaración y solicitud de adhesión

La farmacia abajo firmante declara que la información consignada en el presente formulario es veraz y que conoce los lineamientos de la **Guía para la Implementación y Seguimiento de los SFAPS – FEFARA, edición 2025**, así como el protocolo de implementación del SFAPS de Medición de la Presión Arterial en las farmacias del Neuquén.



COLEGIO
FARMACEUTICO
DE LA PROVINCIA DEL
NEUQUEN

FEFARA 
FEDERACIÓN FARMACÉUTICA

 //colfaneuquen.website  @colfaneu  facebook.com/colfaneu

Solicita su adhesión al programa provincial y autoriza al Colegio / Departamento Comunitarios a utilizar la información aquí registrada para la evaluación de requisitos, la habilitación operativa del servicio y la incorporación al sistema informático de seguimiento.

● Lugar y fecha:

Firma

Director/a

Técnico/a:

Aclaración:

Firma

Farmacéutico/a

responsable

del

SFAPS

–

PA:

Aclaración: