# Anexo 1. Formulario Descripción de Experiencias exitosas en desarrollo de competencias para los servicios farmacéuticos basados en APS

|  |
| --- |
| 1. **Titulo de la Experiencia** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Autor(es)** | |
| 1. Responsable(s) |  |
| 1. Institución y título o función |  |
| 1. Dirección completa |  |
| e-mail |  |
| Telefono |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Identificación de la experiencia** | |
| 1. Objetivo |  |
| 1. Lugar de realización |  |
| 1. Participantes |  |
| 1. Alcance |  |

|  |
| --- |
| 1. **Descripción del contexto de desarrollo de la experiencia** |
| 1. Definición de competencias oficialmente adoptadas en el país o en la institución |
| 1. Descripción de competencias a ser desarrolladas en la(s) carrera(s) de Farmacia en el país o en la institución |
| 1. Perfil del farmacéutico (egreso) en la carrera de Farmacia en el país o en la institución |

|  |
| --- |
| 1. **Descripción de la experiencia** |
| 1. Metodología, lugar y periodo de desarrollo de la experiencia |
| 1. Descripción de las ccompetencias relacionadas a los SF y APS desarrolladas |
| 1. Descripción del nivel en la que se desarrollan (pregrado, post-grado, educación continuada, formación en servicio, u otra modalidad) |
| 1. Análisis de la implementación de la experiencia |
| 1. Descripción de posibles cambios generados por la experiencia |
| 1. Descripción de posibles resultados e impactos |

|  |
| --- |
| 1. **Consideraciones, Sugerencias y Recomendaciones** |
|  |

Anexo 2. Declaración de intereses y  
Permiso para publicar datos de la consulta   
  
**Para ser completado por el participante de la consulta**

**Parte I: utilización de los datos de consulta y su publicación en el sitio web de OPS/OMS**Autorizo la utilización de la información y los datos presentados en la consulta para la elaboración de la propuesta de competencias del farmacéutico para el desarrollo de los servicios farmacéuticos (SF) basados en Atención Primaria de Salud (APS) y las Buenas Prácticas en Farmacia, así como estrategias para su implementación. Autorizo la publicación de la respuesta de la consulta y los materiales correspondientes en el sitio web de OPS/OMS.

**Parte II: Declaración de Intereses**

En aras de la transparencia, declaro -

1. Las fuentes de financiación para el desarrollo de la experiencia fueron:
2. Cualquier interés (en la actualidad y en los dos años anteriores) que podrían representar un conflicto de intereses en relación al resultado de experiencia o la consulta:

**Declaración**

Declaro que la información suministrada es correcta y que no tengo ningún otro conflicto de intereses que declarar.  
  
  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma (autor de la experiencia)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Fecha