



## Consideraciones para la utilización del Placebo

FORMULARIO DE OBSERVACIONES	Nombre:
	Entidad que representa:
	Fecha:

Obs. N°	Página	Dice	Se Propone	Razón
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

[iherrera@netsalud.sa.cr](mailto:iherrera@netsalud.sa.cr) y/o [map@infomed.sld.cu](mailto:map@infomed.sld.cu)  
Teléfono: (56 2) 4374648