



LA FORMA MED

Nombre: _____ Fecha Completada: _____
Farmacia Preferida/Número de Telefono: _____
Dirección: _____
Número de Telefono: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Contacto de Emergencia/Phone: _____

Medicamentos que le causan **Alergias** o Reacciones Adversarias:

Medicamentos que Toma Ahora:

Por favor liste los medicamentos que esta actualmente tomando, incluyendo los que son sin receta (por ejemplo, aspirina, anti-acidos, vitaminas e hierbas).

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Medico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Medico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Medico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Medico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Siempre mantenga esta forma con usted.

(vuelta)

Current Medications: *(continúa)*

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Medico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Medico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Medico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Medico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Medico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Historia Clínica de Inmunización:

(Incluya fechas en que se las administraron)

Tétano _____ Vacuna contra la pulmonía _____ Vacuna contra la influenza _____

Vacuna contra la hepatitis _____ Otro _____



Siempre mantenga esta forma con usted.