

Lista de medicamentos y alergias

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____

Apellido
Primer nombre
Segundo nombre o apellido de soltera
Fecha de nacimiento

Enumere **todos** los medicamentos recetados, las vitaminas, los productos a base de hierbas y los medicamentos de venta libre que esté tomando actualmente y/o tráigalos a su cita.

(Si necesita más espacio, copie esta página)

Medicamento	Potencia	Dosis	Cantidad de veces por día
<u>Ejemplos:</u> <i>Claritin D</i>	<i>10 mg</i>	<i>Un comprimido</i>	<i>Una vez al día</i>
<i>Hierba de San Juan</i>	<i>400 mg</i>	<i>Una</i>	<i>Una vez al día</i>
Respuestas del paciente:			

** Alergias **

Medicamentos <small>(Incluir medicamentos recetados, de venta libre y/o vitaminas)</small>	Describa la reacción

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a alguno de los siguientes elementos?

Tinte de contraste
 Yodo
 Mariscos

¿Qué tipo de reacción tuvo?
 Urticaria
 Dificultad para respirar
 Otras: _____

Comentarios y/o información adicional: _____

Información de la farmacia

Nombre de la farmacia _____ ()
 Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

