



LA FORMA MED

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

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: _____
Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____
Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____
Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____
Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____
Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____
Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____
Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____
Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____
Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____
Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____
Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos que Toma Ahora: (continúa)

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones: _____

Médico: _____ 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 _____

Other _____

