



# Formulario sobre Medicamentos Personales

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de la última actualización del formulario: \_\_\_\_\_

Su completa historial médico es importante para sus médicos y para el hospital. Favor de llenar este formulario y traerlo con usted en cualquier momento que usted vaya a la oficina del doctor o al hospital. Si se le ha programado una cita de Servicios Prequirúrgica, hace un viaje a la Sala de Emergencia, o viene directamente al hospital - ¡Recuerde traer este formulario llenado!

Si por cualquier motivo usted no puede llenar este formulario, favor de traer con usted todos los medicamentos en una bolsa (en sus contenedores originales) que usted actualmente esta tomando.

**Alergias:** ¿Es usted alérgico a algún/a medicamento, yodo, comida, cinta o látex?

Indique cada sustancia al que usted es alérgico y la reacción que usted ha tenido.

Alergia	Reacción	Alergia	Reacción

**Vacunas:** Marque una caja para cada vacuna correspondiente.

Tétano	Neumonía	Influenza (Gripe)	Pediátrico (de niños)
<input type="checkbox"/> Últimos 10 años <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Últimos 5 años <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Ultimo año <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Actualizado <input type="checkbox"/> Desconocido

**Medicamentos:** Favor de indicar todos los medicamentos con o sin receta, herbarios, gotas de ojo, suplementos alimenticios, inhaladores, etc., que usted usa.

Nombre de Medicamento	Dosis (mg., unidad, soplos)	Vía (por boca, gotas de ojo)	Instrucciones	Propósito ¿Por qué lo toma?

**Indique las medicinas adicionales Y cualesquier medicamentos que haya dejado de tomar últimamente – por detrás**

