

**INFORMACION PERSONAL**

**CUENTA #:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE FORMA EN MARCHA:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre:	El doctor primario:
Número de teléfono:	Otro médico (s):
Fecha de nacimiento:	Farmacia primaria:
Contacto de emergencia (nombre / número de teléfono):	Otro Farmacia (s):

**LISTA DE ALERGIAS Y CUALQUIER over-the-counter, los medicamentos herbarios, y tomar vitaminas que usted.**

<b>Las alergias a la medicina</b>	<b>El exceso de medicamentos de venta libre</b> (Ejemplos: aspirina, antiácidos)	<b>Hierbas medicinales y vitaminas</b> (Ejemplos: ginseng, ginko, Echinacea)
Alérgico a: Describir reacción alérgica:	Nombre: Dosis y frecuencia:	Nombre: Dosis y frecuencia:

**Medicamentos de Prescripción LISTA DE TODOS LOS actualmente toma**

Fecha iniciada	Nombre del medicamento	Dosis (Mg, ml)	Instrucciones para tomar (Cantidad, la frecuencia)	¿A qué hora del día que hacer ¿Toma la medicina?					¿Por qué estás tomando esta medicina?	Fecha de interrumpir o modificar	Nombre del médico que ordenó la medicina