

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

**Medicamentos**

Por favor proporcione la información requerida abajo para cada medicamento de receta o de venta libre, vitaminas o suplementos, que usted esté tomando actualmente. La información requerida se encuentra en la etiqueta adherida al frasco de la medicina. Si es necesario, favor de usar la segunda página de este formulario.

Nombre del medicamento, indique si es píldora unguento, gotas, etc.	Dosis cada vez, i.e. mg., gotas, cucharadas, etc.	¿Cuántas toma a la vez?	¿Qué tan seguido toma este medicamento?	¿Para qué condición médica le recetaron este medicamento?
<i>Ejemplo</i> <i>Hydrochlorthiazide</i>	<i>Ejemplo</i> <i>25 mg.</i>	<i>Ejemplo</i> <i>1</i>	<i>Ejemplo</i> <i>Una vez al día</i>	<i>Ejemplo</i> <i>Hipertensión</i>

**Alergias**

Por favor escriba cualquier alergia o reacción adversa que haya sufrido:

Medicamento o sustancia que causó la reacción alérgica	¿Qué tipo de reacción sufrió?	¿Cuándo ocurrió esta reacción por primera vez?

Si necesita espacio adicional, por favor utilice el siguiente:

## Medicamentos

Nombre del medicamento, indique si es píldora, ungüento, gotas, etc.	Dosis cada vez, i.e. mg., gotas, cucharadas, etc.	¿Cuántas toma a la vez?	¿Qué tan seguido toma este medicamento?	¿Para qué condición médica le recetaron este medicamento?

## Alergias

Por favor escriba cualquier alergia o reacción adversa que haya sufrido:

Medicamento o sustancia que causó la reacción alérgica	¿Qué tipo de reacción sufrió?	¿Cuándo ocurrió esta reacción por primera vez?