Medicamentos: Favor de indicar todas los medicamentos con o sin receta, herbarios, gotas de ojo, suplementos alimenticios, inhaladores, etc., que usted usa. (Tache los nombres de medicamento que ya no toma) **Dosis** Vía Fecha de Propósito Instrucciones Nombre de (mg., unidad, (por boca, comienzo ¿Por qué lo toma? soplos, gotas) gotas de Medicamento ojo)

Alergias

¿Es usted alérgico/a a algún medicamento? ¿Es usted alérgico/a a cualquier comida, yodo, cinta o látex?

Sustancia	Reacción

Nom	bre de Farmacia	
Telé	fono de Farmacia	
()	

Historial de Vacunas

Marque una caja abajo para cada vacuna:

Fecha de última actualización del formulario: _____

Desconocido

FORUMALARIO DE MEDICAMENTOS PERSONAL

Nombre		
Fecha de nacimiento:		
Teléfono ()		
Nombre de Médico		
Teléfono de médico ()		
Contacto de Emergencia		
Nombre		
Teléfono ()		

LEGACY

Health System