HISTORIA DE MEDICACIÓN DEL PACIENTE

Todos los registros son confidenciales a menos que el paciente autorice su divulgación.

(Incluya recetas, vitaminas, aspirina, Tylenol, aerosoles nasales, medicamentos tópicos, preparaciones estomacales, etc.)

☐ *Marque si no está tomando ningún medicamento con regularidad.*

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia de Medicamento	Fecha de Inicio	Forma de medicación*	Condición Médica
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	
				☐ Oral ☐ Tópico ☐ Otro:	

Referencias:

Oral: por vía oral (pastilla, tableta, cápsula, líquido)
Tópico: se aplica sobre la piel (crema, ungüento, gel, líquido, solución)
Otro: inyección (subcutánea, intramuscular), nasal, inhalada, o colirio

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy):_____