



HOJA INFORMATIVA DE FARMACIA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____
Dirección de la farmacia: _____

Alergias: (Incluya todos los medicamentos a los que es alérgico y la reacción que ha tenido a la medicación)

Medicamento:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Reacción:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Haga una lista de todos los medicamentos que esté tomando actualmente, incluso los de venta libre, y medicinas a base de hierbas. Debe incluir la dosis y la cantidad de veces por día que toma la medicación. Utilice el dorso de este formulario si necesita agregar más medicamentos.

<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Dosis:</u>	<u>Veces por día que la toma:</u>
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____
5) _____	_____	_____
6) _____	_____	_____
7) _____	_____	_____
8) _____	_____	_____
9) _____	_____	_____
10) _____	_____	_____

Traiga todas las botellas de medicamentos a la cita con el farmacéutico.

Vacunas: Traiga un registro de sus vacunas a la cita para que podamos actualizar la tabla.

Si se le colocaron las siguientes vacunas, escriba las fechas de aplicación:

Hepatitis A: _____ Contra la gripe: _____
Hepatitis B: _____ Contra el tétanos: _____
Contra la neumonía: _____