



PROVIDING UROLOGIC CARE & SURGERY
A Division of 21st Century Oncology, LLC

Lista de Medicamentos Para Alergia

Fecha _____

Nombre Del Paciente _____ # de Cuenta _____

Que Medicamentos esta usted tomando? (Incluyendo Medicamentos No Recetados, Vitaminas, y Hierbas) Por favor notificarnos si tiene algun cambio en su proxima visita, nosotros podemos agregarlo a nuestra lista.

<u>Fecha</u>	<u>Medicamento/Vitaminas</u>	<u>Dosis</u>	<u>Cuantas veces al dia</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Tiene usted enfermedades del corazon que requiere antibioticos antes de realizarlo? _____

Ha tenido otra enfermedad que requiere antibioticos? _____

Es usted alergico a algun medicamento? **NINGUNA ALERGIA CONOCIDA DE DROGA**

<u>Medicina</u>	<u>Reaccion o efecto a la medicina</u>	<u>Medicine</u>	<u>Reaccion o efecto a la medicina</u>
<input type="checkbox"/> Penicilina	_____	<input type="checkbox"/> Yodo	_____
<input type="checkbox"/> Sulfa	_____	<input type="checkbox"/> Otros	_____
<input type="checkbox"/> Otros	_____	<input type="checkbox"/> Otros	_____