

SPANISH

LISTADO DE MEDICINAS – SERVICIO PREQUIRÚRGICO

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Doctor:

Farmacia:

Nombre Dirección

Alergias a medicamentos, comida, látex, cinta, otras:

No Sí

Por favor escribe a lo que eres alérgico y el tipo de reacción que sufres:

Medicinas y suplementos que estés consumiendo actualmente: Por ejemplo: Aspirina, vitaminas, productos dietéticos

Escribe exacto lo que está en el envase de la medicina. No se aceptarán listas adicionales

Medicina

Dosis (mg/ml)

Vía (oral)

Cantidad

Frecuencia (2 veces al día si es necesario)

Razón de uso

Hora de consumo (7am / 9pm)

Uso exclusivo del hospital

Tu lista final de medicinas se te entregará al darte de alta.

LISTADO DE MEDICINAS – SERVICIO PREQUIRÚRGICO

*«NúmeroPaciente

«NombrePaciente» «FechaNacimiento»

CUENTA# «NúmeroPaciente» «DíaAdmisión» «HoraAdmisión»

«DoctorReceptor» MR:«NúmeroRegistroMédico» «Género» «Edad»

DHM HSV:«ServicioHospitalario» FC:«CategoríaFinanciera» PT:«PacienteTipo»