

LISTA DE MEDICAMENTOS EN EL HOGAR

Paciente: _____ Sexo: Masculino Femenina

MMI: _____ DOB _____ Medico _____ FIN: _____

Alergia a Medicamentos: _____

Lista de medicamentos en el hogar como se proporciona a la llegada (incluya el nombre de recetas, hierbas, medicamentos sin receta, vitaminas, tópicos, etc.). Compare la lista con los medicamentos pedidos para el paciente con el fin de identificar y resolver discrepancias.

Sin medicamentos

	Medicación	Fecha / hora de la última toma
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

	Medicación	Fecha / hora de la última toma
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		

Lista de medicamentos que usted tiene alguna interacción o alérgico : _____

Nombre del médico contactado: _____

Meds registrados y revisados por: _____ Fecha/Hora: _____

Quando aplicable, se proporcionó al paciente información escrita sobre los cambios en los medicamentos en el hogar al final del encuentro con pacientes ambulatorios.

Note las instrucciones de la casa con respecto a cualquier cambio en la medicación: _____

El paciente ha sido educado en la importancia de manejar la información de la medicación. Se ha instruido al paciente a llevar información de medicamentos en todo momento en caso de una emergencia y actualizar la información cuando se suspendan los medicamentos, se cambian las dosis o se agrega un medicamento nuevo (incluyendo productos de venta libre). Se le ha indicado al paciente que traiga la lista de medicamentos a cada visita a la consulta médica, al procedimiento ambulatorio ya la admisión en el hospital.

Educación proporcionada por: _____ Fecha/Hora: _____



OPTIMAL IMAGING

St. Vincent's HealthCare

Revised 12.29.2016

www.jaxoptimalimaging.com

CT ■ DEXA ■ MRI ■ Pain Services ■ Ultrasound ■ Wellness Imaging ■ Women's Imaging ■ X-Ray