



Farmacía: \_\_\_\_\_ Dirección : \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ FAX #: \_\_\_\_\_

**Tomo las siguientes vitaminas y hierbas / medicinas sin receta de alergia y el dolor:**

Nombre	Dosis y frecuencia	Fecha iniciada	Fecha detenida	Prescrito por	Instrucciones especiales	Razón por tomar

**Tengo las siguientes condiciones (Como asma, hipertensión, diabetes)**

Condición: _____	Instruccion especial: _____
Condición: _____	Instruccion especial: _____
Condición: _____	Instruccion especial: _____
Condición: _____	Instruccion especial: _____
Condición: _____	Instruccion especial: _____

**He tenido los siguientes procedimientos / pruebas / cirugías**

Fecha	Presión sanguínea / Corazón	Estatura / Peso	Nombre del procedimiento / prueba o cirugía	Razón	Realizado por	Comentarios