PATIENT ALLERGY-MEDICINE-PHARMACY INFO

(Informacion medica del paciente)

Name: _____ **Date of Birth:** _____ **Date:** _____
(Nombre) (Fecha de Nacimiento) (Fecha)

*(required) NAME OF MEDICATIONS YOU ARE ALLERGIC TO

Nombre de las medicinas que es Usted alérgico

□ ***Check Here if No Known Drug Allergies : (NKDA)***

	Name of Medication/ Nombre de Medicinas	When/Quando	Reaction/ Reacion
1)			
2)			
3)			
4)			

*(required) WHAT MEDICATIONS ARE YOU CURRENTLY TAKING

Que medicinas esta tomando actualmente

NAME OF MEDICATION Nombre de las medicinas	DOSAGE Miligramos	FREQUENCY Frequencia	PURPOSE Razón que tomas esta medicina
Example :Tylenol	**500 mg**	**Twice/day or every 4 hr**	**Pain**

OTC MEDICATIONS/VITAMINS/HERBAL MEDICINES

	Name/ Nombre	Reason/ Razon
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

*(required) PHARMACY INFORMATION

Information del Farmacia

Name _____ #_____ **Address**_____
City _____ **State/Zip** _____
Phone (_____)_____ **Fax (_____)**_____
Alternate Pharmacy:_____