MONTROSE REGIONAL HEALTH
Caring for you like family.

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

PARA: _____ FECHA: _____

Los médicos y el personal de enfermería necesitarán información detallada sobre cualquier sustancia que pudiera estar presente en el organismo de su ser querido cuando ingrese en el hospital, así como sobre cualquier alergia a cualquier cosa. Incluso las cosas tomadas en un pasado reciente pueden seguir actuando en el organismo de su ser querido. Cuando se trata de cigarrillos, alcohol o drogas recreativas, nadie juzgará. El equipo médico de su ser querido necesita conocer esta información para prevenir posibles interacciones negativas con los medicamentos y estar preparado para los posibles efectos de la abstinencia.

	Nombre de la medicina Dosis y frecuencia	Medicamento para	Cuándo se tomó Inicio / Final	Médico que receta	¿Tomado como se ordenó?
ACTUALMENTE TOMANDO					☐ SÍ ☐ NO
					☐ SÍ ☐ NO
					☐ SÍ ☐ NO
					☐ SÍ ☐ NO
					☐ SÍ ☐ NO
					☐ SÍ ☐ NO
					☐ SÍ ☐ NO
HACE 3-6 MESES					☐ SÍ ☐ NO
					☐ SÍ ☐ NO
					☐ SÍ ☐ NO
					☐ SÍ ☐ NO
					☐ SÍ ☐ NO
HACE MÁS DE 6 MESES					☐ SÍ ☐ NO
					☐ SÍ ☐ NO
					☐ SÍ ☐ NO
					☐ SÍ ☐ NO
					☐ SÍ ☐ NO

	Nombre de la sustancia	Tomado para	Dosis habitual o cantidad	¿Con qué frecuencia?	Última vez tomado
Cigarros / Alcohol Drogas recreativas					
Vitaminas o Hierbas					
Medicamentos sin receta					

VACUNAS

NOMBRE	FECHA	NOMBRE	FECHA

ENUMERE TODAS LAS ALERGIAS *(medicina, comida, químicos, ingredientes y medio ambiente)*

¿ALÉRGICO A....?	¿QUÉ SUCEDE?

COPYRIGHT© 2023 THE CARE PARTNER PROJECT™

One East Erie Street, Suite 525-411, Chicago, IL 60611 847.208.6074 TheCarePartnerProject.org