

Historial de Medication

Nombre Del Paciente: _____ Alergias: _____
Fecha De Nacimiento: _____
Telefono de Casa: _____
Telefono Celular: _____ Historia Quirurgica: _____
Telefono Del Trabajo: _____
Nombre De Farmacia: _____
Telefono De Farmacia: _____ Implantes: _____

| Fecha | MED/DOSIS/FREQ | REACCIONES |
|-------|----------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Consentimiento Para Tratamiento

Yo doy consentimiento y autoriza al médico y de los médicos auxiliares o reemplazo designado para administrar y realizar los procedimientos de mí como el médico considere necesario durante el curso del tratamiento.

Firma De Pacient o Guardian

Fecha

