NY Eye & Ear Infirmary

Continuum Health Partners, Inc.
Centro de Ojos y Oídos de NY

Reset this Form

MI LISTA DE MEDICAMENTOS

***LLEVE ESTE FORMULARIO EL DÍA DE PRUEBA DE PREADMISIÓN EN NYEEI O EL DÍA DE SU ADMISIÓN**

***Lleve sus medicamentos. Consérvelos en sus envases originales.**
Es importante que lleve un registro de sus medicamentos actuales para poder proporcionar cuidados seguros y efectivos.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE ADMISIÓN

FECHA DE NACIMIENTO

¿Es alérgico a algún medicamento? ☐ NO ☐ SÍ Si la respuesta es sí, enumere las alergias.

Enumere todos los medicamentos que esté tomando en la actualidad. Incluya: colirios, inhaladores, anticonceptivos, parches que contengan medicamentos, medicamentos de venta sin receta, suplementos dietarios y a base de hierbas.

Nombre de los medicamentos	Concentración de la dosis: (miligramos, unidades, gotas, etc.)	Veces por día que toma este producto

(Escriba el nombre de su médico en letra de imprenta) (Núm. de teléfono)

(Nombre y relación de la persona que lo ayudó a completar este formulario) (Núm. de teléfono)

Reset this Form