Lista de alergias y medicamentos

NOMBRE: _____ DOB: _____ FECHA: _____

Nombre del medicamento (Medicamentos recetados, suplementos o de venta libre)	**Fuerza** (Escriba la fuerza de cada píldora, gota o cucharada, ect)	**Dosis** (¿Qué cantidad del medicamento está tomando?)	**Frecuencia** (¿Con qué frecuencia o cuándo toma el medicamento?)	**Ruta** (¿Cómo está tomando este medicamento?)
Ejemplo: *Tylenol*	*500mg*	*2 Tabletas*	*8am & 4pm*	*oralmente*

Alergias a medicamentos o no medicamentos

Fuente de alergia (Medicamentos, alimentos u otros)	**Reacción** (Urticaria, estornudos, sarpullido, otros)	**Sensibilidad** (leve, moderado, grave)