

FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS AL INGRESO

(ADMISSION MEDICATION HISTORY FORM)

Estimado paciente:

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente en su hogar. Incluya los medicamentos recetados, los medicamentos no recetados (de venta libre), las vitaminas, los medicamentos a base de hierbas y, si es posible, sus datos de vacunación.

Alergias: _____ Estatura: _____ Peso: _____

| Medicamentos recetados | | | | Sólo para uso de UCLA Revisión del proveedor de atención médica | | |
|---|--|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No toma ningún medicamento en el hogar. | | | | Continua al Ingreso | Ajuste Necesario/ Realizado | Provisión de medicamentos en el hogar (S/N) |
| Medicamento | Dosis | Indicaciones (¿Cada cuánto lo toma? Por ejemplo: una vez, dos veces por día) | Hora y fecha de la última dosis | | | |
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 8. | | | | | | |
| 9. | | | | | | |
| 10. | | | | | | |
| 11. | | | | | | |
| 12. | | | | | | |
| Medicamentos de venta libre, vitaminas, medicamentos a base de hierbas y vacunas | | | | | | |
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| Estado de inmunización: | Influenza: _____ Neumococo: _____ Tétanos: _____ | Última dosis: _____ Última dosis: _____ | <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No sabe | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Nunca | Población pediátrica: Inmunizaciones actualizadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe | |

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Below is for UCLA use only:

Notes: _____

Pharmacist (Print) Name: _____ Date: _____ Time: _____

Pharmacist Signature: _____ Pager: _____

Note: PTU RN – please fax to OR pharmacy x 73660

PLACE form at the front of the PROGRESS NOTE SECTION of the Medical Record