

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la farmacia local: _____

Teléfono de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia local: _____

Nombre de la compañía de venta postal: Teléfono de la compañía: _____

Nombre de la medicación: marca genérica	Dosis (mg, unidades, dosis de inhalador, o, gotas)	¿Cuándo tomarla? ¿Cantidad de veces al día? ¿Por la mañana o por la tarde? ¿Con las comidas?	¿Por qué tomarla?	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Control requerido (p orejemplo: examen de laboratorio cada semanas)	Recetado por	Efectos secundarios/ signos de peligro

Medicación sin receta médica (marque todas las que usted familiar utiliza regularmente)

Aliviador de alergias, antihistamínico

Medicina para el resfriado/tos

Laxantes

Otros (escriba abajo): _____

Antiácidos

Pastillas para adelgazar

Pastillas para dormir

Aspirina/otros para aliviar el dolor,
dolores de cabeza o fiebre

Hierbas, suplementos dietéticos

Vitaminas, minerales

This electronic message transmission, including any attachments, contains information from Chaparral Physical Therapy, which may be **confidential** or privileged. The information is intended for the use of the person listed above. If you are not the intended recipient, please be aware that any disclosure, copying, distributing or use of the contents of the information is prohibited. If you have received this electronic transmission in error, please notify the sender immediately and destroy all electronics and hard copies of the communication including the attachments. The PHI (Protected Health Information) contained in the fax is **HIGHLY CONFIDENTIAL**. It is used only to aid in providing specific healthcare services to our patient(s). Any other use is a violation of Federal Law (HIPAA) and will be reported.