Allergy & Asthma Center

of Southern Oregon, PC

Lista de Medicamentos

Nombre: _____ Fecha de Naciemento: _____ Fecha: _____

Alergias a medicamentos / Intolerancias: _____

Prescripcion Medica	Dosis y Frequencia	¿Para que condicion?	¿Actualmente Tomando?
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
Medicamentos de Ventalibre	Dosis y Frequencia	¿Para que condicion?	¿Actualmente Tomando?
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
¿Que medicas detuviste por la Prueba de Alergia?	Dosis y Frequencia	¿Para que condicion?	¿Actualmente Tomando?
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario
			Si / No / Cuando sea Necesario