

Formulario de información sanitaria del punto de dispensación del Departamento de Salud del Estado de Mississippi

	Ingrese el nombre y la edad de cada persona cuyos medicamentos recogerá. Coloque <u>su</u> nombre primero	Alergia a algún medicamento del grupo de las tetraciclinas (doxiciclina)	¿Tiene alergia a algún medicamento del grupo de las quinolonas?	¿Está embarazada o amamanta?	¿Tiene miastenia gravis?	¿Toma tizanidina/zanaflex (un miorrelajante)?	¿Tiene epilepsia (convulsiones) o toma, en la actualidad, medicamentos para las convulsiones?	¿Toma, en la actualidad, Warfarina / Coumadin (un anticoagulante)?	¿Se somete a diálisis (máquina renal)?	Shaded area to be completed by staff (No escribir en el área sombreada)	
1	Nombre (apellido y nombre): _____ Edad: _____ Peso si es menor a 90 libras: _____	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Medication Label Here
2	Nombre (apellido y nombre): _____ Edad: _____ Peso si es menor a 90 libras: _____	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Medication Label Here
3	Nombre (apellido y nombre): _____ Edad: _____ Peso si es menor a 90 libras: _____	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Medication Label Here
4	Nombre (apellido y nombre): _____ Edad: _____ Peso si es menor a 90 libras: _____	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Medication Label Here
5	Nombre (apellido y nombre): _____ Edad: _____ Peso si es menor a 90 libras: _____	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Medication Label Here
6	Nombre (apellido y nombre): _____ Edad: _____ Peso si es menor a 90 libras: _____	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Medication Label Here
7	Nombre (apellido y nombre): _____ Edad: _____ Peso si es menor a 90 libras: _____	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Medication Label Here
8	Nombre (apellido y nombre): _____ Edad: _____ Peso si es menor a 90 libras: _____	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Medication Label Here
9	Nombre (apellido y nombre): _____ Edad: _____ Peso si es menor a 90 libras: _____	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Medication Label Here
10	Nombre (apellido y nombre): _____ Edad: _____ Peso si es menor a 90 libras: _____	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Medication Label Here
11	Nombre (apellido y nombre): _____ Edad: _____ Peso si es menor a 90 libras: _____	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Medication Label Here

Firma del cliente: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono principal: _____

Rechazo el tratamiento en este momento. Me han explicado los riesgos y beneficios del uso de antibióticos para prevenir la exposición. _____ *Colocar inicial*

Yo mismo recogeré mis medicamentos. Acepto tomarlos según lo prescrito. _____ *Colocar inicial*

Yo recogeré medicamentos para otras personas de mi núcleo familiar. Estoy autorizado a firmar en nombre de estas personas y acepto darles los medicamentos y las instrucciones a todos ellos. _____ *Colocar inicial*

To be completed by POD Staff:

Forms Review Staff: _____ *Please initial*

Dispensing Nurse Signature: _____

Date: _____

Ejemplos de medicamentos del grupo de las tetraciclinas:

Demeclociclina (Declomycin)

Doxiciclina (Adoxa, Bio-Tab, Doryx, Doxy, Monodox, Periostat, Vibra-Tabs, Vibramycin)

Minociclina (Arestin, Dynacin, Minocin, Vectrin)

Oxitetraciclina (Terak, Terra-Cortril, Terramycin, Urobiotic-250)

Tetraciclina (Achromycin V, Sumycin, Topicycline, Helidac)

Ejemplos de medicamentos del grupo de las quinolonas:

Acrosoxacina o rosoxacina (Eradacil)

Cinoxacina (Cinobac)

Ciprofloxacina (Cipro, Ciloxan)

Gatifloxacina (Tequin)

Grepafloracina (Raxar)

Levofloxacina (Levaquin, Quixin)

Lomefloxacina (Maxaquin)

Moxifloxacina (Avelox, ABC Pak)

Nadifloxacina (Acuatim)

Norfloxacina (Chibroxin, Noroxin)

Ácido nalidíxico (NegGram)

Ofloxacina (Floxin, Ocuflux)

Ácido oxolínico

Pefloxacina (Peflacin)

Rufloxacina

Esparfloxacina (Zagam, Respipac)

Temafloxacina

Trovafloxacina o alatrofloxacina (Trovan)