

FORMULARIO DE NOMBRE, DIRECCIÓN Y ANTECEDENTES PERSONALES (NAPH) DE SALUD PÚBLICA (*actualizado 5/2019)

Español



Nombre completo de la persona que recoge los medicamentos

Dirección

Ciudad/Estado/
Código postal

Edad Teléfono Correo electrónico Fecha

Escriba el nombre y la edad de cada persona que reciba medicamentos. Responda Sí o No a las preguntas A, B, C y D para todas las personas para las que vaya a recoger medicamentos.	A	B	C	D	To Be Completed By Staff
	¿Es la persona alérgica a?: Doxiciclina o tetraciclinas	¿Es la persona alérgica a?: Ciprofloxacino o quinolonas O está tomando: Tizanidina (Zanaflex) O tiene: Miastenia grave	Es la persona: amamantando o embarazada	¿Pesa esta persona menos de 76 libras (34.5 kg)?: En caso afirmativo, indique el peso	Label
Nombre <input type="text"/> Edad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
Nombre <input type="text"/> Edad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
Nombre <input type="text"/> Edad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
Nombre <input type="text"/> Edad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	

Notas de remisión médica:

Escriba el nombre y la edad de cada persona que reciba medicamentos. Responda Sí o No a las preguntas A, B, C y D para todas las personas para las que vaya a recoger medicamentos.	A	B	C	D	To Be Completed By Staff
	¿Es la persona alérgica a?: Doxiciclina o tetraciclinas	¿Es la persona alérgica a?: Ciprofloxacino o quinolonas O está tomando: Tizanidina (Zanaflex) O tiene: Miastenia grave	Es la persona: amamantando o embarazada	¿Pesa esta persona menos de 76 libras (34.5 kg)?: En caso afirmativo, indique el peso	Label
Nombre <input type="text"/> Edad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
Nombre <input type="text"/> Edad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
Nombre <input type="text"/> Edad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
Nombre <input type="text"/> Edad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
Nombre <input type="text"/> Edad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
Nombre <input type="text"/> Edad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	

Notas de remisión médica: