



NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS: (Por favor marque la respuesta apropiada)**

Las alergias a medicamentos NO CONOCIDOS

Soy alérgico a LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

**ACTUAL MEDICAMENTOS Y INFORMACION DE FARMACIA**

Por favor enumere todos los medicamentos, la dosis (concentración) y la frecuencia con que los toma cada día.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS Y FRECUENCIA	MOTIVO DE USO	*PARA USO DE LA OFICINA Inicial y Fecha

Por favor, completa la información a continuación para poder enviar sus medicamentos de los ojos a la farmacia adecuada.

**Nombre de la farmacia local:** \_\_\_\_\_ **teléfono:** \_\_\_\_\_

**Ubicado en:** \_\_\_\_\_, TX en la esquina de \_\_\_\_\_ & \_\_\_\_\_  
(nombre de la ciudad) (nombre de la calle) (nombre de la calle)

**Nombre de la farmacia de pedidos por correo:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

Los envíos por correo se utiliza para el tipo de receta  30 day  90 day

**X** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE**