

Appendix K.2: Medication Form (Spanish)

Formulario de medicamentos

En la siguiente tabla, enumere todos los medicamentos de venta con receta y de venta libre que tome regularmente. Complete la siguiente tabla y llévela a su cita.

Nombre: _____

Nombre del medicamento	Dosis	Cuándo lo toma (una vez al día, dos veces al día, según lo necesite)

Haga una lista de todas las alergias a medicamentos:

La carga de la colección de información para informar al público se estima en un promedio de 8 minutos o menos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la colección de información. Una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una colección de información a menos que muestre un número de control de OMB actualmente válido. Envíe sus comentarios con respecto a este estimado de la carga o cualquier otro aspecto de la colección de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-XXXX).