SAN ANTONIO REGIONAL HOSPITAL

Servicios Ambulatorios Registro de Conciliación de Fármacos

(SPANISH VERSION: Ambulatory Services Medication Reconciliation Record)

Anote todos los fármacos que está tomando en la actualidad en su casa. Incluya todos los medicamentos que le han sido recetados por un médico, además de los que consigue sin receta, como vitaminas, aspirina, acetaminofén y de plantas medicinales.

| | No ingiere fá Dosis/ | rmacos Por vía | Horario | Médico | Última | ¿Convertir a | Los que marcó | Instrucciones | Inicia |
|-------------------------------|--|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--|--|--------------------------------------|---------------|
| Fármaco | potencia (mg, mcg, gramos, etc.) | (¿Cómo se lo toma?) | (¿Cuánd o se lo toma?) | que ordenó el fármaco | vez que lo tomó | geonverur a medicamento para hospitaliza- ción? Marque "sî" abajo. | "sí", ¿debe continuar tomándolos al dársele de alta del hospital? | especiales | s de médio |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| ármacos aí | ňadidos dura | inte la hos | pitalizaciór | i (incluya n | nedicame | entos de alta) | ı | | |
| | | | | | | | □ sí □ no | | |
| | | | | | | | □ sí □ no | | |
| | | | | | | | □ sí □ no | | |
| ntinúe tomano ormación que | do todos los m usted y su fan | edicamentos nilia han sur | s marcados ' ninistrado al | 'sí" que apar l momento d | ecen en la e la admis | columna somb ión al hospital g | leben ingerir al de reada de gris. E y los medicamen irigir al médico | ste registro se b tos añadidos co | asa en la |
| Firma d | el médico (re | quisito para | a conversión | n médica) | Firm | na Enfermera | de Admisión/Fo | echa | |
| Firma E | Infermera de . | Alta/Fecha | | | Rec | onocimiento d | lel paciente | | — |



Servicios Ambulatorios Registro de Conciliación de Fármacos

Continúa de la página 1

Anote todos los fármacos que está tomando en la actualidad en su casa. Incluya todos los medicamentos que le han sido recetados por un médico, además de los que consigue sin receta, como vitaminas, aspirina,

Página 2

| Fármaco | Dosis/ potenci a (mg, mcg, gramos, etc.) | Por vía (¿Cómo se lo toma?) | Horario (¿Cuánd o se lo toma?) | Médico que ordenó el fármac | Última vez que lo tomó | ¿Convertir a medicamento para hospitaliza- ción? Marque "sî" abajo. | Los que marcó "sí", ¿debe continuar tomándolos al dársele de alta del hospital? | Instrucciones especiales | Iniciale s del médico |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|---|---|---------------------------------|--|---|---------------------------------------|-----------------------------|
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| | | | | | | □ sí | □ sí □ no | | |
| Fármacos aña | didos dura | nte la hos | oitalización | (incluya | medicam | entos de alta) | | l | |
| | | | | | | | □ sí □ no | | |
| | | | | | | | □ sí □ no | | |
| | | | | | | | □ sí □ no | | |
| hospital. Contin registro se basa | úe tomando en la inforn ñadidos co | o todos los i nación que | medicamen usted y su | tos marcac familia har | los "sí" q 1 suminis | medicamentos qu ue aparecen en la trado al momento preguntas sobre c | columna sombre de la admisión | eada de gris. Es al hospital y los | ste |
| Firma del | médico (re | quisito para | a conversión | n médica) | — Fir | ma Enfermera de | Admisión/Fech | a | |
| Firma Enf | fermera de . | Alta/Fecha | | | Re | conocimiento del | paciente | Page (| of? |