

ANTIBIOTIC MEDICATION SCREENING FORM - SPANISH

Confirmando que toda la información especificada a continuación es correcta. Autorizo al destinatario a compartir esta información con autoridades sanitarias públicas a todos los niveles con el fin de ofrecer un tratamiento eficaz y seguro.

Tfno.: _____ Dirección: _____ C. P.: _____ Edad: __ Firma: _____

LEA LAS INSTRUCCIONES ATENTAMENTE:		Paso 2. Tick (✓) SOLO si la persona sufre las condiciones que se especifican.								STAFF USE ONLY		
<p>Paso 1: <u>Escriba</u> los nombres de las personas a las que recolecta medicamentos, con su nombre en primer lugar</p>		*¿Alérgico a doxiciclina, tetraciclina, u otras "ciclina"s ¹ ?	¿Está embarazada?	*Alérgico a ciprofloxacina, Levaquin, u otras "floxacinas" ² ?	¿Toma tizanidina (Zanaflex)?	¿Sufre de miastenia gravis?	¿Sufre enfermedades renales?	¿Ha tenido CONVULSIONES o EPILEPSIA?	¿Pesa menos de 76 libras?	¿Es incapaz de tragar pastillas?	Dispenser Name: _____ ----- Check all provided to client: <input type="checkbox"/> Antibiotic Information Sheet <input type="checkbox"/> Disease Information Sheet <input type="checkbox"/> Pill Crushing Instructions (if needed) <input type="checkbox"/> Letter of Referral (Consult only) Today's Date : ___ / ___ / ___	
NOMBRE	APELLIDO										<input type="checkbox"/> Doxy ATTACH LABEL <input type="checkbox"/> Cipro WITH LOT #	Consult Name::
											<input type="checkbox"/> Doxy ATTACH LABEL <input type="checkbox"/> Cipro WITH LOT #	
											<input type="checkbox"/> Doxy ATTACH LABEL <input type="checkbox"/> Cipro WITH LOT #	
											<input type="checkbox"/> Doxy ATTACH LABEL <input type="checkbox"/> Cipro WITH LOT #	
											<input type="checkbox"/> Doxy ATTACH LABEL <input type="checkbox"/> Cipro WITH LOT #	
											<input type="checkbox"/> Doxy ATTACH LABEL <input type="checkbox"/> Cipro WITH LOT #	
											<input type="checkbox"/> Doxy ATTACH LABEL <input type="checkbox"/> Cipro WITH LOT #	
STAFF USE ONLY		No checkmarks	+ No checkmarks				+ No checkmarks		= Dispense doxycycline or ciprofloxacin			
Dispensing Guide and Formula		No checkmarks	+ Checkmarks				+ No checkmarks		= Dispense doxycycline			
		No checkmarks	+ With or without checkmarks				+ Checkmarks		= Dispense doxy w/ pill crushing instructions			
		Checkmarks	+ No checkmarks				+ No checkmarks		= Dispense ciprofloxacin			
		Checkmarks	+ Checkmarks (in any of these 7 columns)						= Send to Consult highlight row			

*En este caso, tras paro cardíaco o respiratorio al consumo del medicamento

¹ **Lista de tetraciclinas:** demeclociclina (Declomycin); doxiciclina (Adoxa, Alodox, Atridox, Avidoxy, Doryx, Doxy, Monodox, Morgidox, Ocudox, Oracea, Oraxyl, Periostat, Vibramycin); minociclina (Arestin, Dynacin, Minocin, Solodyn, Ximino)

² **Lista de quinolones:** ciprofloxacino (Cipro); gatifloxacino (Tequin); levofloxacino (Levaquin); moxifloxacino (Avelox); nadifloxacino (Acuatim); norfloxacino (Noroxin); ofloxacino (Floxin)