

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 fármacos

Fármaco	Dosis/ potencia (mg, mcg, gramos, etc.)	Por vía (¿Cómo se lo toma?)	Horario (¿Cuánd o se lo toma?)	Médico que ordenó el fármaco	Última vez que lo tomó	¿Convertir a medicamento para hospitaliza- ción? Marque “sí” abajo.	Los que marcó “sí”, ¿debe continuar tomándolos al dársele de alta del hospital?	Instrucciones especiales	Iniciales del médico
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Fármacos añadidos durante la hospitalización (incluya medicamentos de alta)									
							<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
							<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
							<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

El listado de fármacos se hace para tener un registro completo de los medicamentos que se deben ingerir al dársele de alta del hospital. Continúe tomando todos los medicamentos marcados “sí” que aparecen en la columna sombreada de gris. Este registro se basa en la información que usted y su familia han suministrado al momento de la admisión al hospital y los medicamentos añadidos como resultado de esta hospitalización. Las preguntas sobre cualquiera de los fármacos se deben dirigir al médico que los receta.

Firma del médico (requisito para conversión médica)

Firma Enfermera de Admisión/Fecha

Firma Enfermera de Alta/Fecha

Reconocimiento del paciente



SA000310S

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, acetaminofén y de plantas medicinales.

Página 2

Fármaco	Dosis/ potencia (mg, mcg, gramos, etc.)	Por vía (¿Cómo se lo toma?)	Horario (¿Cuándo se lo toma?)	Médico que ordenó el fármaco	Última vez que lo tomó	¿Convertir a medicamento para hospitaliza- ción? Marque "sí" abajo.	Los que marcó "sí", ¿debe continuar tomándolos al dársele de alta del hospital?	Instrucciones especiales	Iniciales del médico
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
						<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Fármacos añadidos durante la hospitalización (incluya medicamentos de alta)									
							<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
							<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
							<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

El listado de fármacos se hace para tener un registro completo de los medicamentos que se deben ingerir al dársele de alta del hospital. Continúe tomando todos los medicamentos marcados "sí" que aparecen en la columna sombreada de gris. Este registro se basa en la información que usted y su familia han suministrado al momento de la admisión al hospital y los medicamentos añadidos como resultado de esta hospitalización. Las preguntas sobre cualquiera de los fármacos se deben dirigir al médico que los receta.

Firma del médico (requisito para conversión médica)

Firma Enfermera de Admisión/Fecha

Firma Enfermera de Alta/Fecha

Reconocimiento del paciente