MOUNTAIN WEST - CENTRO DE ENDOSCOPÍA
Formulario de conciliación de medicamentos

La conciliación de medicamentos es un proceso destinado a disminuir los eventos adversos por drogas o potenciales eventos adversos por drogas. Este formulario es obligatorio y lo debe completar el paciente o su familia. Complete este formulario y tráigalo con usted el día del procedimiento. Una enfermera lo revisará con usted y contestará sus preguntas. ¡Gracias!

Nombre del paciente: Fecha del servicio Médico:

ALERGIAS:					
Historial de medicamentos (incluya los medicamentos de venta libre)					Última dosis que tomó
Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Comentarios	

Historial de medicamentos/alergias proporcionado por: _____ Entrevistador: _____ Fecha: _____

Firmas de la revisión de medicamentos y alergias durante el cuidado continuo del paciente

Preoperatorio: _____Quirófano: _____ URPA I: _____ Alta Enfermera Registrada: _____

Retome todos los medicamentos preoperatorios en la misma dosis y frecuencia. A continuación se describen las excepciones/explicaciones:

_____
_____
_____
_____

Medicamentos adicionales para el hogar para el alta del paciente

Nombre del medicamento Dosis/Vía/Frecuencia/Comentarios	Última dosis	¿Rayos X?

Firma del médico: _____Fecha: _____
Copia enviada al hogar con el paciente/familiar/pareja _____