Premier Surgery Center
OF SANTA MARIA

RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL PACIENTE

Paciente:_____ Fecha:_____ Hora:_____

Farmacia del paciente:_____ Teléfono de la farmacia:_____

Alergias: _____

***PACIENTE para completar** **ENFERMERA para completar (seccion de sombra)**

*Nombre de los medicamentos	*Dosis	*Frecuencia (cuando)	*Ruta (cómo)	Consulte con el médico de atención primaria antes de reanudar ✓	Reanudar como preoperatorio ✓	Cambios:	Interrumpir ✓

***ÓRDENES DE MEDICACIÓN POSTOPERATIVO: Consulte las instrucciones postoperatorias para obtener más información..**

Firma del paciente:_____

Firma de enfermera preoperatoria:_____

Firma de enfermera de alta:_____

Firma del médico:_____

NOTA PARA EL PACIENTE: lleve esta lista de medicamentos a su próxima cita médica