

Memorial Hermann Medical Group Medication Form

Today's Date: _____

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

MEDICATIONS

- I am not taking any medications.
 I brought a list of my medications from home. [You do not need to write down your medications if you brought a complete list].

List all medications prior to assessment. Include over-the-counter, alternative medications, herbals and prescriptions.

MEDICATION NAME	STRENGTH	NUMBER OF PILLS AT ONE TIME?	HOW MANY TIMES A DAY?	PRESCRIBER	TAKING AS PRESCRIBED?
Example: <i>Tylenol</i>	<i>100mg</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>Dr. Smith</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Local Pharmacy: _____ Phone Number: _____

Mail Order Pharmacy: _____ Phone Number: _____

ALLERGIES

- No Known Allergies

MEDICATION / FOOD / ENVIRONMENTAL	REACTION	SEVERITY
		<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe
		<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe
		<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe
		<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe
		<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe
		<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe
		<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe

I have completed the above to the best of my knowledge.

 Patient / Guardian Signature Print Name Relationship to patient Date

**MEMORIAL
HERMANN**
 Memorial Hermann
 Medical Group
 Medication Form



MEDICAMENTOS

- No tomo ningún medicamento.
- Traje una lista de mis medicamentos desde mi casa. [No es necesario que anote los medicamentos si trajo una lista completa].

Enumere todos los medicamentos antes de la evaluación. Esto incluye medicamentos de venta libre, medicamentos alternativos, a base de hierbas y con receta.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	¿CANTIDAD DE COMPRIMIDOS QUE DEBE TOMAR A LA VEZ?	¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?	MÉDICO	¿LOS CONSUME SEGÚN LAS INDICACIONES?
Ejemplo: <i>Paracetamol</i>	<i>100 mg</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>Dr. Smith</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Farmacia local: _____ Número de teléfono: _____

Farmacia de servicio por correo: _____ Número de teléfono: _____

ALERGIAS

- No hay alergias conocidas

MEDICAMENTOS/ALIMENTOS/MEDIOAMBIENTE	REACCIÓN	GRAVEDAD
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave

He completado lo anterior según mi conocimiento.

Firma del paciente/Tutor

Nombre en letra imprenta

Relación con el paciente

Fecha

**MEMORIAL
HERMANN**
Memorial Hermann
Medical Group
Medication Form

