PALM ENDOSCOPY CENTER
LISTA DE MEDICAMENTOS

****

DEBE TRAER ESTA HOJA EL DIA DE SU PROCEDIMIENTO

****

Nombre_____ Fecha de Nacimiento_____

Doctor de cabezera_____

Por favor escriba sus medicamentos **INCLUYENDO DOSIS.**

Nombre de Medicamento	Dosis (mg)	Cuantas veces diario	Ultima Dosis	Puede Continuar Despues del Procedimiento
				☐Si ☐No
.				☐Si ☐No
				☐Si ☐No
				☐Si ☐No
				☐Si ☐No
				☐Si ☐No
				☐Si ☐No
				☐Si ☐No
				☐Si ☐No
				☐Si ☐No
				☐Si ☐No
				☐Si ☐No
				☐Si ☐No
				☐Si ☐No

☐ Reviewed with patient _____Pre-Op Nurse

☐ Copy given to patient _____Discharge Nurse

☐ Reviewed by anesthesia_____

Date_____

09/09