

FORMULARIO DE NOMBRE, DIRECCIÓN Y ANTECEDENTES PERSONALES (NAPH) DE SALUD PÚBLICA (\*actualizado 5/2019)

**Español**



Nombre completo de la persona que recoge los medicamentos

Dirección

Ciudad/Estado/  
Código postal

Edad  Teléfono  Correo electrónico  Fecha

Escriba el nombre y la edad de cada persona que reciba medicamentos.  Responda Sí o No a las preguntas A, B, C y D para todas las personas para las que vaya a recoger medicamentos.	A	B	C	D	To Be Completed By Staff
	¿Es la persona alérgica a?: Doxiciclina o tetraciclinas	¿Es la persona alérgica a?: Ciprofloxacino o quinolonas <b>O está tomando:</b> Tizanidina (Zanaflex) <b>O tiene:</b> Miastenia grave	Es la persona: amamantando o embarazada	¿Pesa esta persona menos de 76 libras (34.5 kg)?: En caso afirmativo, indique el peso	Label
Nombre <input type="text"/>  Edad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
Nombre <input type="text"/>  Edad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
Nombre <input type="text"/>  Edad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
Nombre <input type="text"/>  Edad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	

Notas de remisión médica:

<p>Escriba el nombre y la edad de cada persona que reciba medicamentos.</p> <p>Responda Sí o No a las preguntas A, B, C y D para todas las personas para las que vaya a recoger medicamentos.</p>	A	B	C	D	To Be Completed By Staff
	<p>¿Es la persona alérgica a?: Doxiciclina o tetraciclinas</p>	<p>¿Es la persona alérgica a?: Ciprofloxacino o quinolonas <b>O está tomando:</b> Tizanidina (Zanaflex) <b>O tiene:</b> Miastenia grave</p>	<p>Es la persona: amamantando o embarazada</p>	<p>¿Pesa esta persona menos de 76 libras (34.5 kg)?: En caso afirmativo, indique el peso</p>	Label
<p>Nombre <input type="text"/></p> <p>Edad <input type="text"/></p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
<p>Nombre <input type="text"/></p> <p>Edad <input type="text"/></p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
<p>Nombre <input type="text"/></p> <p>Edad <input type="text"/></p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
<p>Nombre <input type="text"/></p> <p>Edad <input type="text"/></p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
<p>Nombre <input type="text"/></p> <p>Edad <input type="text"/></p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	
<p>Nombre <input type="text"/></p> <p>Edad <input type="text"/></p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> libras <input type="text"/>	

Notas de remisión médica: