# CURRENT MEDICATIONS & ALLERGIES

*MEDICAMENTOS ACTUALES Y ALERGIAS*

**Update regularly, and carry in your wallet for quick reference**

*Actualizar periódicamente y llevar en su billetera para la referencia rápida*

As of _____, 20____

Patient's Full Name:_____(_____)
Nombre completo del paciente: FIRST MIDDLE LAST NAME KNOWN BY/*Nombre conocido por*

Home (_____)_____ Work (_____)_____ Cell (_____)_____
*Teléfono inicio* *Teléfono trabajo* *Teléfono celular*

Emergency Contact Name: _____ Relationship: _____
*Contacto de Emergencia* *Relación*

Home (_____)_____ Work (_____)_____ Cell (_____)_____
*Teléfono inicio* *Teléfono trabajo* *Teléfono celular*

DRUG ALLERGIES:_____
*ALERGIAS A MEDICAMENTOS:*

_____

CURRENT MEDICATIONS:
*MEDICAMENTOS ACTUALES:*

| Drug Name *Nombre del medicamento* | Size (#mg, etc) *Tamaño (#mg, etc)* | How frequently taken *Cuando se toma* | Prescribing Physician *Médico que receta* |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |