HOJA DE TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Agencia Sanitaria Costa del Sol
CONSEJERÍA DE SALUD

IMPORTANTE/ *Important information*
DEBERÁ TRAER ESTE DOCUMENTO CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADO CADA VEZ QUE ACUDA A LAS CONSULTAS EXTERNAS Y EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. *(You must bring this document filled in each time you visit the outpatients department and the day of surgical operation)*

Nombre *(name)*:	**COLOCAR ETIQUETA DEL PACIENTE antes de entregar en consulta (OBLIGATORIO)**
Apellidos *(surname)*:	
Fecha de nacimiento *(date of birth)*:	

Si tiene alergia a algún fármaco **indique el nombre del medicamento**
(If you are allergic to any medication please write down the name of the drug):

_____

Escriba TODOS los medicamentos y suplementos nutricionales que toma en el siguiente cuadro. *(Write down ALL the medicines and nutritional products you take in the following chart)*

ES MUY IMPORTANTE indicar TODA la medicación que toma: medicación recetada en ámbito privado, medicación que toma aunque no haya sido prescrita por un médico y productos naturales a base de plantas.
(IT IS VERY IMPORTANT to indicate ALL the medication you take: private prescription medication, medication you take even if it has not been prescribed by a doctor and natural herbal products)

Medicamento /dosis: *(Medication/ dose)*:	**Desayuno** *(Breakfast)*	**Almuerzo** *(Lunch)*	**Cena** *(Dinner)*	**Antes de dormir** *(Before bed)*
Ej: *omeprazol 20 mg comprimidos*	**X**			

ACUDA a su Centro de Salud o a su Oficina de Farmacia para que le ayuden a completar la hoja. (GO TO your Health Center or your Pharmacy to help you complete the chart)

El personal de enfermería informa al usuario sobre la cumplimentación. ☐

DOCUMENTO PARA DIGITALIZAR EN LA HISTORIA CLÍNICA