



RHODE ISLAND MEDICAL IMAGING

LISTA DE MEDICAMENTOS PARA PROCEDIMIENTO MAMARIO GUIADO POR IMÁGENES

Nombre del paciente (en letra imprenta): _____

Enumere todas las alergias: _____

¿HA TOMADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS EN LA ÚLTIMA SEMANA?

1. ¿Ha tomado anticoagulantes? SÍ NO
(Esto incluye Heparina, Lovenox, Coumadin, Plavix, Ticlid u otros).

Si la respuesta es sí, complete la siguiente lista:

Medicamento	Dosis	Fecha y hora de la última dosis

Además de los medicamentos mencionados anteriormente, enumere a continuación todos los medicamentos que ha tomado o que toma actualmente en la última semana:

Medicamento	Dosis	Fecha y hora de la última dosis

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____
(Paciente o persona autorizada para dar su consentimiento por el paciente)

Para uso exclusivo en el consultorio, no escriba debajo de esta línea

I have reviewed the above list of current Medications with the patient prior to the procedure.

Date: _____ Time: _____

Physician's name: _____

Physician's signature: _____