



IMPORTANTE / Important information

DEBERÁ TRAER ESTE DOCUMENTO CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADO AL HOSPITAL

(You must bring this document correctly completed to the hospital)

HOJA DE TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Nombre (Name):		COLOCAR ETIQUETA DEL PACIENTE antes de entregar en consulta (OBLIGATORIO)	
Apellidos (Surname):			
Fecha de nacimiento (Date of birth):			
Persona que informa sobre la medicación y alergias (Person reporting on medication and allergies):	Paciente (Patient): <input type="checkbox"/>	Familiar (Family): <input type="checkbox"/>	Cuidador (Carer): <input type="checkbox"/>

¿Tiene usted alguna alergia? / Do you have any allergies? SI / YES NO / NO



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 TODA LA MEDICACIÓN QUE ESTÁ TOMANDO: MUY IMPORTANTE indicar TODA la medicación que toma: medicación recetada por un profesional médico, medicación que toma aunque no haya sido prescrita por un médico y productos naturales a base de plantas.
WRITE IN ALL THE MEDICATION YOU ARE TAKING: VERY IMPORTANT indicate ALL the medication you take: medications prescribed by a medical professional, medications you take even if they are not prescribed by a doctor, and natural herbal products.

Medicamento / dosis: (Medication / dose):	Desayuno (breakfast): 	Almuerzo (lunch): 	Merienda (Snack): 	Cena (dinner): 	Antes de dormir (Before bed): 	Hora libre (Free hour):

Nombre (Name): Firma (Firm):

Fecha (Date): / /

