



Formulario de Solicitud de Medicamentos Esenciales

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Alergias a medicamentos: _____

Médico de atención primaria: _____ Femenino Masculino Peso: _____ lbs / kg

PRODUCTOS APROBADOS

a discreción del farmacéutico

<p style="text-align: center;">ALERGIAS</p> <p><input type="checkbox"/> Benadryl (Difenhidramina) 12.5mg/5ml – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Claritin (Loratadina) 1mg/ml – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Zyrtec (Cetirizina) 1mg/ml – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Solución salina 0.65% en spray nasal – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Visine (Lágrimas Naturales) – 1 paquete</p>	<p style="text-align: center;">ANTITUSIVOS</p> <p><input type="checkbox"/> Delsym (Dextrometorfano) 30mg/5ml – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Robitussin (Guaifenesina) 100mg/5ml – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Robitussin DM (Guaifenesina-Dextrometorfano) – 1 paquete</p>	<p style="text-align: center;">CREMA PARA DERMATITIS DEL PAÑAL</p> <p><input type="checkbox"/> Crema Happy Hiney (38g) – 1 paquete</p>
<p style="text-align: center;">CREMAS Y UNGÜENTOS DE PRIMEROS AUXILIOS</p> <p><input type="checkbox"/> Bacitracina 500 unidades/g – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Neosporin – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Miconazol 2% – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Clotrimazol 1% – 1 paquete</p>	<p style="text-align: center;">APOYO LAXANTE</p> <p><input type="checkbox"/> Supositorios pediátricos de glicerina – 1 paquete</p>	<p style="text-align: center;">MULTIVITAMINAS</p> <p><input type="checkbox"/> D-Vi-Sol (Vitamina D) – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Poly-Vi-Sol – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Poly-Vi-Sol + Hierro – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Flintstones (Masticables) – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Multivitamínico en gomitas – 1 paquete</p>
<p style="text-align: center;">REDUCTORES DE DOLOR Y FIEBRE</p> <p style="text-align: center;">CHOOSE ONE</p> <p><input type="checkbox"/> Tylenol (Acetaminofén) 160mg/5ml Líquido – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Motrin (Ibuprofeno) 100mg/5ml Líquido – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Tylenol (Acetaminofén) 120mg Supositorios – 1 paquete</p>	<p style="text-align: center;">APOYO RESPIRATORIO</p> <p><input type="checkbox"/> Aerochamber – 1 paquete</p> <p><input type="checkbox"/> Medidor de flujo máximo (Peak Flow Meter) – 1 paquete</p>	<p style="text-align: center;">APOYO PARA EL SUEÑO</p> <p><input type="checkbox"/> Melatonina 1mg/ml – 1 paquete</p>

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Estos productos no están destinados a reemplazar la atención médica de un proveedor con licencia. Son artículos de venta libre proporcionados con el apoyo de un farmacéutico para ayudar a manejar problemas comunes de salud y promover el bienestar entre las visitas al médico.

FIRMA: _____

FECHA: _____

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

SIGNATURE: _____