

Affix patient sticker here.

PATIENT MEDICATION SHEET

Allergies (Medication, Food or Latex): _____

- **Patient states: CURRENT MEDICATION(S) INCLUDING OVER-THE-COUNTER AND VITAMINS:**
(Paciente indica: medicamentos actuales incluyendo sin receta medica y vitaminas)

- **Summary of medication(s) rendered:**

(Resumen de medicamentos usados)

O Local anesthesia: Lidocaine Marcaine _____

O IV anesthesia: Propofol Versed Fentanyl _____

O Other: _____

- **PRESCRIBED MEDICATION(S):**

(Recetas medicas)

TAKE MEDICATIONS AS DIRECTED (Tomar las medicinas a como se le ha sido indicado)

IF YOU EXPERIENCE PAIN, TAKE THE PAIN MEDICATION. IF IT DOES NOT RELIEVE THE PAIN TO A GREAT EXTENT, CALL THE DOCTOR (Si usted experimenta dolor, tome la medicina del dolor. Si no se le alivia el dolor en gran parte, llame al medico)

PLEASE TAKE PAIN MEDICINE AND ANTIBIOTICS 20-30 MINUTES AFTER EATING
(Por favor tome la medicina del dolor y el antibiotico 20-30 minutos despues de comer)

DO NOT DRINK ALCOHOL WHILE TAKING PRESCRIPTION PAIN MEDICINE
(No tome bebidas alcoholicas mientras se esta tomando las medicinas recetados por su doctor)

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS PLEASE CALL YOUR DOCTOR'S OFFICE

(Si usted tiene alguna pregunta llame a la oficina de su doctor)

I HAVE READ AND UNDERSTAND THE ABOVE INSTRUCTIONS

(He leído y entiendo las instrucciones antedichas)

PATIENT'S SIGNATURE _____

(Firma del paciente)

RN SIGNATURE _____

(Firma de la enfermera)

DATE _____

(Fecha)

DATE _____

(Fecha)

DOCTOR'S NAME _____ **OFFICE PHONE #** _____

(El nombre del doctor)

(Numero telefono de la oficina)