

**Appendix A Mass Prophylaxis Screening Form**  
**NOMBRE – DOMICILIO – TELÉFONO – HISTORIA CLÍNICA**  
**Secciones I a IV – A ser completadas por la persona que obtiene los medicamentos**

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

**I. I. INFORMACIÓN (de la persona que retira los medicamentos)**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono (P) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Miembros de la Familia (incluya el apellido si es diferente del suyo)**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad		
1 (usted)				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

**II. RECIBO/CONSENTIMIENTO (de la persona que retira medicamentos)**

Yo estoy retirando medicamentos para mi mismo y/u otras personas que viven en mi grupo familiar o para alguien que no puede retirar sus propios medicamentos. **NINGUNA PERSONA QUE VIVE EN MI RESIDENCIA ESTÁ RECIBIENDO MEDICAMENTOS EN OTROS CENTROS.** Yo estoy buscando medicamentos de acuerdo con las Guías de los Centros de Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) y con el departamento de salud del estado y del condado. Yo he recibido información acerca de la enfermedad y de los medicamentos. Yo doy mi consentimiento para tomar los medicamentos.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**III. HISTORIA de todos los miembros del grupo familiar**

- |   |   |   |         |       |
|---|---|---|---------|-------|
| 1. ¿Tiene alguna de las personas una función renal empeorada (enfermedad renal)?                | S | N | ¿Quién? | _____ |
| 2. ¿Tiene usted niños (menores de 13 años) o cualquier persona por debajo de 90 libras de peso? | S | N | ¿Quién? | _____ |
| 3. ¿Está alguna persona embarazada o amamantando?   | S | N | ¿Quién? | _____ |
| 4. ¿Es alguna persona alérgica a los siguientes antibióticos?                                   |   |   |         |       |
| ¿Penicilina/Amoxicilina?  | S | N | ¿Quién? | _____ |
| ¿Ciprofloxacina/Levaquin/Fluoroquinolones?  | S | N | ¿Quién? | _____ |
| ¿Doxiciclina/Tetraciclina?  | S | N | ¿Quién? | _____ |
| ¿Zitromax?  | S | N | ¿Quién? | _____ |

SECCIONES I Y II RECEPCIÓN

SECCIÓN III -  
REVISIÓN DE REGISTRO

**IV. MEDICACIONES ACTUALES**

Con respecto a todos los miembros del grupo familiar, está cualquiera de ellos tomando actualmente:

Cumadin (warfarina – anticoagulante)	S	N	¿Quién?	_____
Anticonceptivos Orales (píldora anticonceptiva) o parche	S	N	¿Quién?	_____
Teofilina (Theo-Dur, Theo-24 – para el asma)	S	N	¿Quién?	_____
Antiácidos o multivitamínicos	S	N	¿Quién?	_____
Dilatina (fenitoína – para convulsiones)	S	N	¿Quién?	_____
Medicamentos antidiabéticos orales	S	N	¿Quién?	_____

**V. INTERVENCIONES (marque el cuadro en la Sección I para los pacientes que estén recibiendo terapia estándar)**

Nombre	Peso (si es menor a 90 libras)	Medicamento Entregada (incluyendo FIRMA)	Cantidad Entregada (Tabletas o ml)

**VI. NOTAS DE ASESORAMIENTO:**

¿SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO MÉDICO?

Iniciales del Médico:

**Preséntese al Área que Realiza la Entrega A**

**B**