

2809 W. Charleston Blvd., Ste. 100 Las Vegas, NV 89102 (Entrar por el lado Oeste del edificio)

1569 E. Flamingo Road, Las Vegas, NV 89119 (Entrar por el lado Norte del edificio)

Oficina#: (702) 476-1800 Fax#: (702) 476-9500

Fecha del procedimiento: \_\_\_\_\_

Hora de llegada: \_\_\_\_\_

(Hora de llegada está sujeta a cambio)

### INSTRUCCIONES DEL PRE-PROCEDIMIENTO PARA ADULTOS

*Su procedimiento planificado pueda ser que requerirá sedación, a fin de asegurar su cuidado por favor lea cuidadosamente las instrucciones a continuación:*

1. Es importante que usted tome **TODOS** los medicamentos prescritos en la noche anterior a su procedimiento como en la mañana del día de su procedimiento. **Las excepciones:**
  - **Aspirinas y anticoagulantes:** Por favor, observe la Guía de Anticoagulación que se le ha proporcionado. El período de tiempo para detener los anticoagulantes es diferente dependiendo de las epidurales y los estimuladores, al igual que durante las facetas del mismo procedimiento. Hable con su proveedor de atención primario (PCP) antes de suspender cualquier anticoagulante.
  - **Insulina y todas las medicaciones para tratar la Diabetes:** Observe la hoja de instrucciones para pacientes diabéticos.
  - **Vitaminas y suplementos herbarios/homeopáticos:** Suspéndalos tanto en la noche anterior a su procedimiento como en la mañana del día en que se realizará el mismo.
2. Por favor, asegúrese de tomar sus antihipertensivos (medicamentos para la presión sanguínea): Tome su dosis diaria normal con un sorbo de agua cuando se despierte. Tenga en cuenta que en caso de que su presión sanguínea sea elevada, el procedimiento podría cancelarse.
3. Si usted ha estado tomando antibióticos debido a una enfermedad reciente, necesita completar el régimen/reglamento necesario antes de someterse al procedimiento.
4. Es muy importante que usted siga estas instrucciones al ingerir alimentos y bebidas para completar el régimen antes de someterse a su procedimiento.
  - **La última comida antes de la cirugía:** No ingiera alimentos sólidos durante el período de 6 horas anteriores a su procedimiento. Esto incluye chicle/goma de mascar, caramelos o mentas. No consuma carnes, alimentos fritos o comida grasa durante las 8 horas anteriores a su procedimiento.
  - **Últimos líquidos/bebidas antes de la cirugía:** No ingiera líquidos durante las 4 horas anteriores a su procedimiento. Puede revolver agua en su boca y escupir si necesita humedecer o hidratar su boca.
  - **Riesgo:** Teniendo comida o líquido en su estómago en el momento en que usted sea puesto bajo anestesia, podría dejarlo en riesgo de sufrir **NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN**. Esto ocurre cuando el contenido estomacal fluye hacia los pulmones, lo cual puede ser letal.
  - **Si usted necesita tomar medicamentos:** Tómelos con 2 onzas de agua (no lo haga con jugos o leche). Puede cepillar sus dientes y hacer gárgaras con enjuague bucal.
  - **Asma:** Si usted sufre de asma, no olvide llevar con usted su inhalador el día del procedimiento.
5. Es necesario que usted llegue a la hora que se le asignó para su cita. Esto nos permite repasar todo su papeleo con antelación, cambiar su ropa por la vestimenta apropiada para la cirugía y preparar la vía intravenosa (IV).
6. El uso de maquillaje de ojos, especialmente rímel, es desaconsejado ya que puede causar que ciertas partículas diminutas queden atrapadas en los ojos. La anestesia inhibe el parpadeo natural de los ojos y la humedad que proporcionan las glándulas lagrimales, por lo que una abrasión corneal (rasguños) puede ocurrir.
7. Si usted usa uñas artificiales, por favor deje una uña sin esmalte, acrílico o gel. Esto nos permitirá colocar un monitor en su dedo para dejarnos saber qué tan bien está usted siendo oxigenado.
8. Vístase con ropa cómoda, que sea fácil de remover y volverse a poner. Evite usar cinturones grandes, joyería, relojes o llevar objetos de valor con usted.
9. Lleve su identificación (ID) y tarjeta del seguro.
10. **Debe asegurarse de llevar como acompañamiento a un adulto/conductor responsable** si usted va a recibir sedantes. Por favor, avísele que debe esperar fuera de la sala, dentro de nuestras instalaciones.

## INSTRUCCIONES DEL PRE-PROCEDIMIENTO PARA PACIENTES CON DIABETES

### Pacientes que no reciben insulina:

- **Procedimiento por las mañanas:** **NO TOME** medicamentos orales para la diabetes en la mañana.
- **Procedimiento por las tardes:** **TOME** todos los medicamentos orales **EXCEPTO** Metformina, con una comida ligera por lo menos 6 horas antes del procedimiento.
- 

### Pacientes que reciben insulina (Traiga con usted sus medicamentos/suministros el día de su procedimiento):

1. Si usted usa **Insulina de corta duración** (Regular, Humalog, Novolog, Apidra, & Fiasp).
  - **Procedimiento por las mañanas:** Utilice su dosis normal a la hora de dormir. **NO UTILICE** ninguna Insulina de corta duración en la mañana del procedimiento, a menos que sus niveles de azúcar en la sangre sean superiores a 250. En ese caso, utilice la mitad  $\frac{1}{2}$  de la dosis normal.
  - **Procedimiento por las tardes:** Utilice la dosis normal por lo menos 6 horas antes del procedimiento, con una comida ligera. *(Recuerde que tiene que comer algo liviano por lo menos 6 horas antes si es que va a utilizar la insulina de corta duración).*
2. Si usted usa **Insulina de larga duración/Combinación de insulina** (Lantus, NPH, Ultra-lente, 70/30, Levemir, Tresiba & Toujeo)
  - **Procedimiento por las mañanas:** Utilice la mitad  $\frac{1}{2}$  de la dosis a la hora de dormir en la noche anterior a su procedimiento. **NO UTILICE** insulina de larga duración en la mañana de su procedimiento.
  - **Procedimiento por las tardes:** Utilice la mitad  $\frac{1}{2}$  de la dosis, por lo menos 6 horas antes del procedimiento y coma algo ligero. *(Recuerde que tiene que comer algo ligero por lo menos 6 horas antes si es que va a utilizar la insulina de larga duración).*
3. **Bomba de insulina**
  - Hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o endocrinólogo y traiga con usted suministros extra.
  - Deje la bomba en marcha y revise los niveles de glucosa en su sangre 4 horas antes de su procedimiento. Si sus niveles descienden hasta por debajo de 80, detenga la infusión. De otro modo, deje en marcha la bomba, pero asegúrese de informar a la enfermera preoperatoria en el momento de su llegada a la cita. Usted debe revisar frecuentemente sus niveles de glucosa en la sangre mientras está ayunando.
  - Es bastante recomendable que usted programe su cita temprano en la mañana, y no extender su estado en ayunas por más de 6 horas.

## RECOMENDACIONES GENERALES

Se sugiere que todas aquellas personas diabéticas realicen sus procedimientos quirúrgicos temprano en la mañana para así disminuir la posibilidad de sufrir hipoglucemia en la tarde. Informe a la enfermera que usted es diabético, de este modo se lo podrá monitorear de cerca y tener en cuenta las debidas precauciones.

Antes de salir de casa hacia el centro quirúrgico revise sus niveles de glucosa en la sangre. Si su nivel de glucosa es bajo, puede beber hasta 4 onzas de una bebida azucarada.

Si su nivel de glucosa en la sangre no es usualmente alto, pero repentinamente lo es, contacte con su proveedor de atención primaria (PCP), ya que podría significar la presencia de una infección o alguna otra enfermedad.

En general, si usted se presenta para un procedimiento quirúrgico con un nivel de glucosa en su sangre mayor a 200, se le podría recomendar que no reciba un medicamento esteroide.

**Es indispensable que usted monitoree muy cuidadosamente su diabetes, ya que el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular, ataque al corazón y fallo en los riñones es más alto que en las personas que no son diabéticas. Le recomendamos que revise estas instrucciones con su proveedor de atención primaria (PCP). En caso de tener cualquier duda, ¡POR FAVOR, PREGUNTE!**

**DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN**

**QUÉ SOMOS:** Un consultorio médico acreditado por el estado de Nevada que realiza procedimientos de control de dolor.

**QUIÉNES SOMOS:** Un consultorio médico particular, propiedad de *Nevada Surgical Suites*, y desarrollado con el fin de ofrecer un centro médico seguro y cómodo, capaz de ofrecerle al cliente un servicio eficaz y eficiente.

**POR QUÉ**

**ABRIMOS:** Se ha comprobado que el cuidado ambulatorio aumenta la comodidad del paciente por medio de una atención personalizada y un servicio de calidad. *Nevada Surgical Suites* y su personal tienen la iniciativa de proporcionarle a cada paciente ubicado en o cerca de Las Vegas, una atención personal y un servicio de calidad.

**SU DERECHO**

**COMO PACIENTE:** Usted tiene el derecho de seleccionar al médico que le atenderá y las instalaciones donde recibirá atención médica. Además, su médico no le tratará diferente si recibe servicios de salud en otro centro médico.

**SU DECISIÓN:**

Favor de hablar con su cirujano sobre cualquier inquietud o pregunta que tenga. Por ejemplo, si usted prefiere que su procedimiento se realice en un centro médico alterno.

**CREDENCIALES:**

Todos los médicos y anestesiólogos están acreditados bajo los estándares de Medicare y AAAHC. Datos disponibles al ser solicitados.

**AGRAVIOS/QUEJAS:**

Si usted tiene alguna queja o inquietud en relación a la atención que recibió, le invitamos a hablar con nuestro administrador al (702) 430-7591 o de llenar nuestro formulario de quejas disponible en recepción. Nuestros números telefónicos se encuentran al inferior.

**SEGURO CONTRA****NEGLIGENCIAS:**

*Nevada Surgical Suites* y su médico cuentan con un seguro contra negligencias médicas que cumple o supera lo requerido por el estado de Nevada.

**INSTRUCCIONES****ANTICIPADAS:**

Si tiene instrucciones anticipadas o un testamento, el centro igual le trasladará al hospital más cercano, quienes serán los que deciden si cumplen una instrucción anticipada o testamento. Tiene el derecho a que su testamento sea colocado en su expediente médico dentro del Centro y además, de ser informado sobre las políticas del Centro antes de su fecha de admisión. Podrá encontrar formularios e información estatal en el siguiente sitio web: <http://dhcftp.state.nv.us/advanceddirectives.htm>

Quejas y atención al cliente:

**Favor visite:**

NSS Administrator  
2809 W. Charleston Blvd. Suite 100  
Las Vegas, NV 89102

**Página web:**

<http://nevadasurgicalsuites.com/contact/>

**Llame:**

Servidor para quejas al (702) 430-7591

*Para el Departamento de Salud Y Servicios Humanos de Nevada:*

**Favor visite:**

Nevada BHCQC  
4220 Maryland Parkway Suite 810, Bldg. D, Las Vegas, NV 89119

**Página web:**

[http://health.nv.gov/HCQC\\_Healthfacilities.htm#Complaint](http://health.nv.gov/HCQC_Healthfacilities.htm#Complaint)

**Llame:**

Servidor para quejas al (702) 486-6515

**Para Medicare:**

Oficina, defensor de Medicare en [www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html](http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html)

## RESPONSABILIDADES Y DERECHOS DEL PACIENTE

El personal de este centro médico reconoce que usted tiene derechos como paciente bajo cuidados médicos. Sin embargo, también existen algunas responsabilidades de su parte, como paciente, referentes a su comportamiento. Dichos derechos y responsabilidades incluyen:

### El paciente tiene derecho a:

- Recibir un trato amable, cortés y con el debido respeto a su dignidad individual, protegiendo sus necesidades de privacidad.
- Estar libre de cualquier forma de abuso o acoso
- Una contestación oportuna y razonable a sus preguntas e inquietudes.
- Conocer quien le está proporcionando atención médica y quien se responsabiliza por cuidados del paciente.
- Conocer con qué servicios auxiliares cuenta el paciente, como por ejemplo si existe disponibilidad de un intérprete si usted no habla inglés.
- Conocer cuáles son las normas y reglamento que aplican a su conducta.
- Recibir información de su médico concerniente a su diagnóstico, y un plan de tratamiento bien trazado que incluya las alternativas, riesgos y un pronóstico.
- Rehusar el tratamiento, salvo que la ley indique lo contrario.
- Recibir, al solicitarlo, toda la información y asesoría que se requieran para conocer qué recursos de financiamiento tiene a su disponibilidad para su cuidado.
- Al solicitarlo, y previo al tratamiento, conocer si el médico proveedor del servicio o el centro médico acepta la tarifa designada de Medicare.
- Solicitar, y previo al tratamiento, poder recibir un estimado razonable de los cargos por concepto de la atención médica.
- Recibir una copia formal y detallada del desglosado de la cuenta y de ser necesario, una explicación de la misma.
- Un acceso imparcial al tratamiento médico e instalaciones, independientemente de su raza, país de origen, sexo, religión, discapacidad física o medio de pago.
- Tratamiento ante una condición de emergencia médica que pudiera deteriorarlo en caso de no recibir el tratamiento.
- Conocer si el tratamiento tiene cierta finalidad o es de investigación experimental, y de ser así, poder rehusarse o acceder a participar de dicha investigación experimental.
- Expresar sus inquietudes referentes a cualquier falta a los derechos del paciente.
- Cambiar de médico primario o especialista si existe disponibilidad de un médico mejor calificado.

### El paciente es responsable de:

- Proporcionarle a su médico información veraz y completa, a su mejor saber, concerniente a quejas recientes, enfermedades previas, si ha sido internado, medicamentos y demás temas relativos a su salud.
- Informarle a su médico de cualquier cambio en su estado de salud.
- Informarle a su médico si entiende el procedimiento a seguir y lo que se espera de él o ella.
- Darle seguimiento al plan de tratamiento recomendado en las instrucciones de su médico.
- Cumplir con sus citas.
- Sus propias acciones si se rehúsa al tratamiento o no sigue las instrucciones del médico.
- Garantizar saldar, a la brevedad posible, las obligaciones financieras que se deslinden de la atención médica que recibió.
- Observar las normas y reglamento del centro médico relativas a la atención y conducta del paciente.

### QUEJAS

**Si usted tiene alguna pregunta o inquietud referente a sus derechos o responsabilidades, favor de hacérselo saber. Queremos asegurarnos de brindarle un excelente servicio, el cual incluye contestar sus preguntas y darle respuesta a sus inquietudes. Nevada Surgical Suites Administrador (702) 430-7591**

Firma del paciente/Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Además, podrá comunicarse directamente con el organismo estatal que nos acredita, *Agency for Health Care Administration* al 775-684-1030, 727 Fairview Dr., Ste E, Carson City, NV 89701

Si usted tiene cobertura de Medicare, podrá comunicarse con Medicare Ombudsman al: 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE) O por internet en: [www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html](http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html)

**AVISO DE DIRECTIVAS MEDICAS POR ADELANTO**

Atención: Todo Paciente y Personal

**Política:** En un entorno ambulatorio, donde se pretende brindar una atención menos invasiva para aquellos pacientes quienes no tienen una enfermedad de gravedad, el ser admitido a nuestro centro indica que el paciente podrá tolerar el procedimiento correspondiente dentro del entorno ambulatorio, sin dificultades. Si el paciente sufre un paro cardíaco o cualquier otra condición que amenace su vida, sería trasladado a un nivel más elevado de atención (el hospital más cercano).

Todo paciente que tenga un procedimiento programado podrá presentar una Instrucción Avanzada. Bajo nuestras políticas, se practican medidas de resucitación **a todo paciente que lo requiera** y posteriormente se le traslada a un hospital. No es sino hasta después de que se le haya trasladado al hospital que se conoce y sigue la Instrucción Avanzada.

Si el paciente lo desea, conservaremos una copia de las Instrucciones Avanzadas, mismas que se trasladarían junto con el paciente en caso de una emergencia. El paciente o sus representantes tienen el derecho de tomar decisiones informadas con respecto a su caso.

Si algún paciente está en desacuerdo con la presente política, deberá consultarlo con su médico antes de firmar el comprobante de reconocimiento de la política.

Todo paciente deberá estar informado de esta política **antes de la fecha de su cirugía**, para que tenga la posibilidad de considerar y presentar sus inquietudes.

Todo paciente deberá recibir información explicándole dónde podrá obtener más información tocante a Testamentos/ Instrucciones Avanzadas:

*Nevada Center for Ethics and Health Policy en:*

<https://www.nia.nih.gov/health/advance-care-planning-healthcare-directives>

USTED TIENE LA LIBERTAD DE LLAMARNOS PARA INDAGAR MÁS SOBRE ESTA POLÍTICA.

Usted tiene Directivas Medicas Por Adelanto? \_\_\_\_\_ Si O \_\_\_\_\_ No

Al firmar este documento, usted está reconociendo que ha leído y entendido acerca de esta política.

Firma del paciente/Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**FORMULARIO DE DIVULGACIÓN SOBRE TITULARIDAD DEL MÉDICO  
AVISO AL PACIENTE**

De conformidad con la normatividad Federal ASC 42 C.F.R. § 416.50(b), la siguiente divulgación de titularidad se realizó previo al procedimiento.

Queremos informarle que Alain Coppel, MD, de *Nevada Comprehensive Pain Center*, es un propietario y tiene una participación financiera en *Nevada Surgical Suites*. Queremos asegurarnos que usted reconoce que no está obligado a usar *Nevada Surgical Suites* y que puede optar por hacer uso de un centro médico distinto.

Su médico no le tratará diferente si elige recibir servicios de salud en un sitio distinto a *Nevada Surgical Suites*.

Podemos conversar con usted sobre sitios alternativos donde podría recibir servicios.

Al firmar la presente Divulgación sobre Titularidad del Médico, usted o su representante legal, afirman haber leído y entendido el presente aviso. Esta divulgación se hizo con anterioridad al procedimiento, y usted ha autorizado que se realice el procedimiento en *Nevada Surgical Suites*.

Firma del paciente/Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DECLARACION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Estimado Paciente,

Gracias por elegir a *Nevada Surgical Suites* para atender sus necesidades de cuidados de salud.

Se deben pagar los servicios al momento de recibirlos. Aceptamos efectivo, Mastercard, Visa y Discover. Remitiremos un reclamo de seguro de su parte. Favor de notificarnos de inmediato si cambian los datos de su seguro.

- Deberá efectuar cualquier copago al momento de recibir el servicio por medio de efectivo, tarjeta de débito o crédito. No aceptamos cheques para el copago.
- Su póliza de seguro consiste en un contrato entre usted y su aseguradora. Nosotros no formamos parte de ese contrato. Nuestra relación es con usted.
- En todo momento tiene el derecho de renunciar a su seguro. Si no nos proporciona los datos de su aseguradora al momento del servicio, estaría renunciando voluntariamente al derecho de emplear un seguro, y quedaría responsable de los honorarios incurridos.
- Usted es el responsable de conocer qué beneficios le ofrece su seguro. Le podremos asistir con localizar de donde proviene esta información.
- De ser requeridos, le entregaremos cualquier documento o registro médico que se nos solicite a su aseguradora.
- Nuestra Administración intentará cobrarle a su aseguradora los honorarios devengados. Si su aseguradora se rehúsa a pagar, dichos honorarios correrán por su cuenta.
- TODO CHEQUE REBOTADO QUEDA SUJETO A UN CARGO DE \$25.
- Todo procedimiento programado queda sujeto a un cargo “por no presentarse” de \$50, salvo que se haya realizado una cancelación con 24 horas de anterioridad a la cita concertada. Dicho cargo no será facturado ni a una aseguradora, ni a un abogado, y deberá saldarse antes de cualquier otra cita.
- Usted podrá gestionar financiación con nuestro departamento de Cuentas por Cobrar.
- Usted es responsable de cualquier cargo por cobranza, honorarios o costas judiciales.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, favor de hablar con nuestro personal.

Al firmar este documento, usted está reconociendo que ha leído y aceptado dicho acuerdo.

Firma del paciente/Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Guia De Anticoagulantes antes del procedimiento**

| Droga   | Cuando Detenerlo                                |                     |
|---|---|---------------------|
|   | Epidural, Estimuladores, Simpático, & Trigémico | Inyección de Faceta |
| <b>Aspirina</b>   |   |                     |
| Aspirina y Aspirina Combinadas  | 6 Dias  | No                  |
| Excedrin (OTC Aspirina Combinadas)  | 6 Dias  | No                  |
| Percodan (Oxicodona/Aspirina)   | 6 Dias  | No                  |
| <b>NSAIDs</b>   |   |                     |
| Celecoxib (Marca: Celebrex)   | 4 Dias  | No                  |
| Diclofenac (Marca: Cambia, Cataflam, Voltaren, Zorvolex)  | 1 Dia   | No                  |
| Etodolac (Marca: Lodine, Lodine XL)   | 2 Dias  | No                  |
| Ibuprofen (Marca: Advil, Motrin)  | 1 Dia   | No                  |
| Indomethacin (Marca: Indocin, Tivorbex)   | 2 Dias  | No                  |
| Ketorolac (Marca: Toradol)  | 1 Dia   | No                  |
| Meloxicam (Marca: Mobic, Vivlodex)  | 4 Dias  | No                  |
| Nabumetone (Marca: Relafen)   | 6 Dias  | No                  |
| Naproxen (Marca: Aleve, Anaprox, Naprosyn)  | 4 Dias  | No                  |
| Vimovo (Naproxen Combination)   | 4 Dias  | No                  |
| Oxaprozin (Marca: Daypro, Daypro Alta)  | 10 Dias   | No                  |
| Piroxicam (Marca: Feldene)  | 10 Dias   | No                  |
| <b>Inhibidores de la fosfodiesterasa</b>  |   |                     |
| Cilostazol (Marca: Pletal)  | 2 Dias  | No                  |
| Dipyridamole (Marca: Aggrenox)  | 2 Dias  | No                  |
| <b>Anticoagulantes/ Antitrombóticos</b>   |   |                     |
| Apixaban (Marca: Eliquis)   | 3 Dias  | No                  |
| Clopidogrel (Marca: Plavix)   | 7 Dias  | No                  |
| Edoxaban (Marca: Savaysa)   | 3 Dias  | No                  |
| Dabigatran (Marca: Pradaxa)   | 4 Dias  | No                  |
| Heparin (Subcutáneo)  | 10 Horas  | No                  |
| LMWH Profiláctico<br>(Generico: Dalteparin, Marca: Fragmin)<br>(Generico: Enoxaparin, Marca: Lovenox)<br>(Generico: Tinzaparin, Marca: Innohep) | 12 Horas  | No                  |
| LMWH Therapeutic<br>(Generico: Dalteparin, Marca: Fragmin)<br>(Generico: Enoxaparin, Marca: Lovenox)<br>(Generico: Tinzaparin, Marca: Innohep)  | 24 Horas  | No                  |
| Prasugrel (Marca: Effient)  | 10 Dias   | No                  |
| Rivaroxaban (Marca: Xarelto)  | 3 Dias  | No                  |
| Ticagrelor (Marca: Brilinta)  | 5 Dias  | No                  |
| Cangrelor (Marca: Kengreal)   | 3 Horas   | No                  |
| Warfarin (Coumadin)   | 5 Dias  | No                  |
| Acenocumarol (Derivado de Coumadin)   | 3 Dias  | No                  |
| <b>Fibrinolíticos</b>   |   |                     |
| Fondaparinux (Arixtra)  | 4 Dias  | No                  |

- Antes de suspender los anticoagulantes, los pacientes necesitan obtener permiso de su proveedor de atención primaria (PCP)

Source: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, April 2018



**LISTA DE MEDICAMENTOS DEL PACIENTE**

| <b>Incluye medicamentos sobre el mostrador y suplementos</b> | <b>Dosis (MG)</b> | <b>Como a menudo/ la última dosis</b> | <b>Fecha de resumir el medicamento</b> |
|--|-------------------|---------------------------------------|--|
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |
|  |                   |                                       |  |

Paciente no tenía información completa para la reconciliación de las medicinas.

**Signature of Nurse:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
*(Firma de la enfermera/o)* *(Fecha)*