

## CABEZA DE FORMA DE LA FAMILIA (HOH)

Apellido Nombre	Persona #1		Persona #2		Persona #3		Persona #4		Persona #5		Persona #6	
Marque el cuadro si el peso es menos de 88 libras	lbs _____		lbs _____		lbs _____		lbs _____		lbs _____		lbs _____	
Hay alguien alérgico a los siguientes medicamentos indicados	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Doxycycline												
Ciprofloxacin												
Amoxicillin												
Hay alguien que tome los siguientes medicamentos indicados	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Coumadin												
Dilantin/ Medicamentos para las Convulsiones												
Theophylline												
<b>*****NO ESCRIBE DEBAJO DE ESTA LINEA*****</b>												
Iniciales del dispensador/ Etiqueta de lote	D _ C _ A _		D _ C _ A _		D _ C _ A _		D _ C _ A _		D _ C _ A _		D _ C _ A _	

Su firma sirve como consentimiento/autorización de dispensar los medicamentos para el tratamiento a usted y a todos los miembros de su hogar.

\*\*Firma de la persona recogiendo el medicamento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

El riesgo y la ventaja del uso de los antibióticos para la exposición posible al ántrax se me han explicado. Rehusó el tratamiento por ahora.

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente/Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo/Fecha