

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Es usted diabetico  si  no

Que medicinas toma para la diabetes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
Tiene usted un marcapasos  si  no

Nombre de la compania de marcapasos: \_\_\_\_\_

Nombre del representante del marcapasos: \_\_\_\_\_

Numero de telefono de la compania de marcapasos: \_\_\_\_\_

Modelo: \_\_\_\_\_ No. de Serie: \_\_\_\_\_

Nombre de su Cardiologo: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
Toma usted cualquiera de estas medicinas:

	<b>Ativan</b>		<b>Klonopin</b>		<b>Restoril</b>
	<b>Ambien CR</b>		<b>Lexapro</b>		<b>Roxicet</b>
	<b>Buspar</b>		<b>Librax</b>		<b>Rozerem</b>
	<b>Cymbalta</b>		<b>Librium</b>		<b>Sonata</b>
	<b>Dalmane</b>		<b>Lorazepan</b>		<b>Talwin</b>
	<b>Darvocet</b>		<b>Lunesta</b>		<b>Tranxene</b>
	<b>Darvon</b>		<b>Morphine</b>		<b>Tylenol with codeine</b>
	<b>Demerol</b>		<b>Oxycontin</b>		<b>Vicodin</b>
	<b>Diazepan</b>		<b>Paxil CR</b>		<b>Vistaril</b>
	<b>Duragesic</b>		<b>Percocet</b>		<b>Wellbutrin</b>
	<b>Effexor XR</b>		<b>Percodan</b>		<b>Xanax XR</b>
	<b>Halcion</b>		<b>Prozac</b>		<b>Zoloft</b>

Firma del paciente: \_\_\_\_\_