

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 País \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Marque la respuesta con un círculo

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Esta persona es alérgica a la <i>doxiciclina</i> u otros medicamentos del grupo de la tetraciclina (“ciclinas”)?                      | Sí | No |
| 2. ¿Esta persona es alérgica a la <i>ciprofloxacina</i> u otros medicamentos del grupo de la quinolona (“floxacina”)?                     | Sí | No |
| 3. ¿Esta persona es alérgica a la <i>amoxicilina</i> , <i>penicilina</i> u otros medicamentos (“cilinas”)?                                | Sí | No |
| 4. ¿Esta persona está embarazada o amamantando?   | Sí | No |
| 5. ¿Esta persona está tomando algún medicamento recetado que no sea medicamentos anticonceptivos o medicamentos para la presión arterial? | Sí | No |
- Si la respuesta a la pregunta 5 es sí, responda las preguntas 5a y 5b:
- |   |    |    |
|---|----|----|
| 5a. ¿Está tomando esta persona <i>tizanidina</i> (Zanaflex), <i>teofilina</i> o <i>duloxetina</i> ?   | Sí | No |
| 5b. ¿Está tomando esta persona <i>isotretinoína</i> , <i>fenobarbital</i> , <i>carbamazepina</i> , <i>primidona</i> , <i>rifampina</i> , <i>fenitoína</i> o <i>fosfenitoína</i> ? | Sí | No |
- |  |    |    |
|--|----|----|
| 6. ¿Algún médico le ha dicho a esta persona que tiene nefropatía crónica o insuficiencia hepática?             | Sí | No |
| 7. ¿Algún médico le ha dicho a esta persona que tiene convulsiones/epilepsia, miastenia grave o QT prolongado? | Sí | No |

<b>NIÑOS EXCLUSIVAMENTE</b>	<b>Edad (seleccione una)</b>	<input type="checkbox"/> De 0 a 4 semanas (recién nacido) <input type="checkbox"/> De 5 semanas a 7 años edad <input type="checkbox"/> De 8 a 17 años de edad
	<b>Peso</b> (exclusivamente para niños que pesan menos de 76 libras)	_____ libras



Para uso exclusivo  
del personal



**Medicamento:**  D  C  A  ½ C  Consulta médica

**Opciones:**  Suspensión oral  Instrucciones para triturar la *doxiciclina*

**Iniciales del dispensador:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones de la administración de dosis:** \_\_\_\_\_ **Número de lote:** \_\_\_\_\_

## Instrucciones para el formulario de selección

**Por su seguridad, responda todas las preguntas con exactitud y en forma completa (un formulario por persona).**

La información que nos proporcione nos ayudará a:

- determinar si es seguro administrarle un medicamento;
- determinar el mejor tipo y la cantidad de medicamento que debe recibir;
- realizar referencias a proveedores de atención médica, de ser necesario.

**Información de contacto:** Proporcionar su nombre e información de contacto permitirá que su departamento de salud pública realice un seguimiento o le proporcione más instrucciones, de ser necesario.

**Preguntas 1 a 3:** Díganos acerca de cualquier alergia a medicamentos que tenga. Los síntomas de la alergia pueden incluir dificultad para respirar, sibilancias, hinchazón de los labios o de la lengua y/o picazón o erupción graves.

**Pregunta 4:** El responder a esta pregunta nos ayudará a seleccionar el medicamento más seguro para usted y su bebé, si está embarazada o amamantando.

**Pregunta 5:** Díganos acerca de cualquier medicamento con receta que esté tomando. Es posible que algunos medicamentos no se mezclen bien con determinados medicamentos para el ántrax. Si no está seguro si está tomando alguno de los medicamentos con receta enumerados, consulte a su proveedor de atención médica o farmacéutico.

**Preguntas 6 y 7:** Díganos acerca de afecciones médicas que puede tener que pueden no reaccionar bien con determinados medicamentos para el ántrax. Si no está seguro si tiene una de las afecciones médicas enumeradas, consulte a su proveedor de atención médica.

**Información sobre niños:** los niños necesitan tomar una dosis más baja de medicamento que los adultos. Saber la edad y el peso nos ayuda a seleccionar la dosis justa de medicamento.

### Uso de la información (Aviso para Tennessee)

El personal del punto de dispensación (Point of dispensing, POD) y/o los consultores médicos pueden tener acceso a la información que proporciona. El Departamento de Salud de Minnesota (Minnesota Department of Health, MDH), las agencias de salud pública tribales, las agencias de salud pública locales y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, lo que incluye a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), también pueden tener acceso a esta información con fines relacionados con la salud pública. No le proporcionaremos esta información a nadie más sin su consentimiento.

No existe una obligación legal de proporcionarnos esta información privada. Sin embargo, sin ella, es posible que no reciba ningún medicamento o el mejor medicamento para usted.