



FORMULARIO DE REGISTRO PARA PROFILAXIS DE ANTRAX
 Departamento de Salud de Miami-Dade. Llame 24 horas al día al (305) 470-5660



POD # _____

Fecha: _____

Escriba su nombre y el nombre y edad de las personas para quienes está reclamando profilaxis. Use el reverso del formulario para personas adicionales. Escriba el peso sólo para los niños.

PRECAUCIÓN: Si actualmente está tomando alguna otra medicina, consulte con su médico sobre posibles interacciones medicamentosas adversas.

Dirección de su residencia:

Teléfono de Contacto:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Nombre y Apellido:	Edad / Peso (Escriba el peso sólo para los niños).	Responda SÍ en caso de tener estos síntomas: -Fiebre -Tos no productiva -Dolores musculares -Dolor en las coyunturas -Cansancio exagerado	Responda SÍ o NO para el miembro del grupo que está o no está embarazada o amamantando un bebé	Escriba si es alérgico (a): -Ciprofloxacina (Cipro®) -Tetraciclina (Doxiciclina) -Penicilina (Amoxicilina) Si no es alérgico (a) a ninguna, escriba NO	PARA USO DEL PERSONAL	Medicina Recetada	Dosis Dispensada	Profilaxis para ___ días	Rótulo o Número de Lote:
<i>Ejemplo:</i> <i>Juan Gómez</i>	<i>35 años.</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>Doxiciclina</i>			<i>Cipro</i>	<i>500 mg.</i>	<i>10</i>
1									
2									
3									
4									
5									