



**FORMULARIO DE REGISTRO PARA PROFILAXIS DE ÁNTRAX**  
 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.**

**Comentarios:**

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) a:  -Ciprofloxacina (Cipro®)  -Tetraciclina (Doxiciclina)  -Penicilina (Amoxicilina)  Si no es alérgico (a) a ninguna, escriba <b>NO</b>	PARA USO DEL PERSONAL ↓          ↓	Medicina Recetada	Dosis Dispensada	Profilaxis para ___ días	Rótulo o Número de Lote:
<u><i>Ejemplo:</i></u>  <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>	<i>D1234</i>
6									
7									
8									
9									
10									