

Аллергии

Испытываете ли Вы аллергию на какие-либо лекарства?

Испытываете ли Вы аллергию на какие-либо пищевые продукты, иод, ленту, или латекс?

Вещество	Реакция

Название Аптеки

Номер Телефона Аптеки

(_____) _____

История Вакцины

Ниже отметьте один квадрат для каждой вакцины:

<p>Столбняк</p> <p><input type="checkbox"/> В течение прошлых 10 лет</p> <p><input type="checkbox"/> Неизвестно</p>
<p>Пневмония</p> <p><input type="checkbox"/> В течение прошлых 5 лет</p> <p><input type="checkbox"/> Неизвестно</p>
<p>Инфлюэнца (грипп)</p> <p><input type="checkbox"/> В течение прошлого года</p> <p><input type="checkbox"/> Неизвестно</p>
<p>Педиатрические (для ребенка)</p> <p><input type="checkbox"/> Согласно возраста</p> <p><input type="checkbox"/> Неизвестно</p>

Дата последнего обновления формы: _____

ФОРМА ЛИЧНЫХ ЛЕКАРСТВ

Имя _____

Дата рождения: _____

Телефон (_____) _____

Имя доктора _____

Телефон доктора (_____) _____

Для чрезвычайного контакта

Имя _____

Телефон (_____) _____



Health System