

<b>Nombre</b> Persona #1 _____ <div style="text-align: center; margin-left: 150px;">Apellido</div> <div style="text-align: center; margin-left: 350px;">Primer</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">S.I.</div>				Official Use Only  Distribution Site _____  Time In: _____  Date: ____/____/____	
<b>Domicilio</b> _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Calle</div> <div style="text-align: center; margin-left: 250px;">Apt #</div> <div style="text-align: center; margin-left: 400px;">Ciudad</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">Codigo Postal</div>					
<b>Telefono</b> _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Numero Principal</div> <div style="text-align: center; margin-left: 300px;">Otro Numero</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">Condado</div>					

Escribir con letra en molde	Persona #1	Persona #2	Persona #3	Persona #4	Persona #5
<b>Apellido</b>					
<b>Primer Nombre</b>					
<b>Codigo Postal</b>					
<b>Fecha de Nacimiento</b>	____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año
<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Peso</b> Solo si es menos de 90 libras	# _____ libras	# _____ libras	# _____ libras	# _____ libras	# _____ libras
<b>Alergico a Tetracycline?</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Alergico a Quinolones?</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Alergico a Penicilina?</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Names of Drugs	Tetracycline Drugs		Quinolone Drugs		Penicillin Drugs					
	Doxycycline	Sumycin	Avelox	Floxin	Levafloxacin	Tequin	Amoxicillin	Augmentin	Penicillin	V-Cillin
	Minocin	Tetracycline	Cipro	Gaitfloxacin	Moxifloxacin		Amoxil	Pen VK	Principen	
	Minocycline	Vibramycin	Ciprofloxacin	Levaquin	Ofloxacin		Ampicillin	Pen G	Trimox	
<b>This Section for Official Use Only</b>	Medication	<input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> _____
	Dosage	<input type="checkbox"/> 500 mg BID <input type="checkbox"/> 100 mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 500 mg BID <input type="checkbox"/> 100 mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 500 mg BID <input type="checkbox"/> 100 mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 500 mg BID <input type="checkbox"/> 100 mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 500 mg BID <input type="checkbox"/> 100 mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 500 mg BID <input type="checkbox"/> 100 mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 500 mg BID <input type="checkbox"/> 100 mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 500 mg BID <input type="checkbox"/> 100 mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 500 mg BID <input type="checkbox"/> 100 mg BID <input type="checkbox"/> _____
	Labelling	Rx# _____ Lot# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ Expiration _____
Staff Initials _____										

Me dieron una hoja de informacion sobre la enfermedad y la medicina para las personas en esta forma. Estoy de acuerdo en darles la informacion y la medicina. Yo entiendo que esta medicina es para que no nos enfermemos. Si yo, o alguno de ellos se enferman, o ya esta enfermo, debemos ir con el doctor.

Firma de persona #1

Escribir en letra de molde		Persona #6	Persona #7	Persona #8	Persona #9	Persona #10				
<b>Apellido</b>										
<b>Primer Nombre</b>										
<b>Codigo si es diferente</b>										
<b>Fecha de nacimiento</b>		____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año				
<b>Sexo</b>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
<b>Peso</b>		# _____ libras	# _____ libras	# _____ libras	# _____ libras	# _____ libras				
Solo si es menos de 90 libras										
<b>Alergico a Tetracycline ?</b>		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
<b>Alergico a Quinolones?</b>		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
<b>Alergico a Penicilina</b>		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Names of Drugs	Tetracycline Drugs		Quinolone Drugs		Penicillin Drugs					
	Doxycycline	Sumycin	Avelox	Floxin	Levafloxacin	Tequin	Amoxicillin	Augmentin	Penicillin	V-Cillin
	Minocin	Tetracycline	Cipro	Gaitfloxacin	Moxifloxacin		Amoxil	Pen VK	Principen	
	Minocycline	Vibramycin	Ciprofloxacin	Levaquin	Ofloxacin		Ampicillin	Pen G	Trimox	
This Section for Official Use Only	Medication	<input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> _____				
	Dosage	<input type="checkbox"/> 500 mg BID <input type="checkbox"/> 100 mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 500 mg BID <input type="checkbox"/> 100 mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 500 mg BID <input type="checkbox"/> 100 mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 500 mg BID <input type="checkbox"/> 100 mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 500 mg BID <input type="checkbox"/> 100 mg BID <input type="checkbox"/> _____				
	Labelling	Rx# _____ Lot# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ Expiration _____			
Notes:										For Official Use Only
										Data Entry
										Date Entered: _____
										Time Entered: _____
										Initials: _____

Staff Initials