

+Nombre (Persona #1): _____ Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial 2o _____					Official Use Only TIME IN: TIME OUT: <input type="checkbox"/> Forms Checked
Dirección _____ Calle _____ Apt. # _____ Ciudad _____ C.P. _____					
Teléfono _____ Principal # _____ Otro # _____ Condado _____					
POR FAVOR RESPONDA					
	Persona #1	Persona #2	Persona #3	Persona #4	Persona #5
APELLIDO:	Persona llenando el formulario				
PRIMER NOMBRE:	Persona llenando el formulario				
FECHA DE NACIMIENTO:	(MM / DD / AAAA)	(MM / DD / AAAA)	(MM / DD / AAAA)	(MM / DD / AAAA)	(MM / DD / AAAA)
SEXO:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
PESO, solo si pesa MENOS de 76 libras:	# _____ libras	# _____ libras	# _____ libras	# _____ libras	# _____ libras
Embarazada/amamantando	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No/NA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No/NA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No/NA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No/NA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No/NA
Alérgico a la doxyciclina	<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
Alérgico a ciprofloxacina?	<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
Alérgico a la amoxicilina?	<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



Me han proporcionado hojas informativas médicas, así como medicamentos para las personas que figuran en este formulario y acepto proporcionar tanto la información como los medicamentos, según se requiera. Entiendo que este medicamento es para prevenir enfermedades, pero si ocurriera una enfermedad, se debe ver a un médico. He recibido y entiendo mis derechos bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico ("HIPAA").


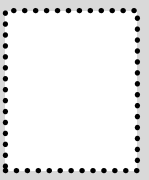
Firma (Persona #1): _____

STOP! Do NOT fill out the information below.						
		Person #1	Person #2	Person #3	Person #4	Person #5
Dispenser Initials <div style="border: 1px dashed black; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div>	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"/> 100mg BID <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 100mg BID <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 100mg BID <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 100mg BID <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 100mg BID <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> _____
	Labeling	Rx# _____ Lot# _____ NDC# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ NDC# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ NDC# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ NDC# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ NDC# _____ Expiration _____

Dispensing Nurse Signature _____

POR FAVOR RESPONDA	Persona #6	Persona #7	Persona #8	Persona #9	Persona #10
APELLIDO:					
PRIMER NOMBRE:					
FECHA DE NACIMIENTO:	(MM / DD / YYYY)	(MM / DD / YYYY)	(MM / DD / YYYY)	(MM / DD / YYYY)	(MM / DD / YYYY)
SEXO:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
PESO , solo si pesa MENOS de 76 libras:	# _____ libras	# _____ libras	# _____ libras	# _____ libras	# _____ libras
Embarazada/amamantando	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No/NA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No/NA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No/NA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No/NA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No/NA
Alérgico a la doxyciclina	<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
Alérgico a ciprofloxacina?	<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
Alérgico a la amoxicilina?	<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

STOP! Do NOT fill out the information below.

		Person #6	Person #7	Person #8	Person #9	Person #10
 Dispenser Initials 	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"/> 100mg BID <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 100mg BID <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 100mg BID <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 100mg BID <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 100mg BID <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> _____
	Labeling	Rx# _____ Lot# _____ NDC# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ NDC# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ NDC# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ NDC# _____ Expiration _____	Rx# _____ Lot# _____ NDC# _____ Expiration _____

Refer to Primary Care Provider Yes No Client Signature: _____

Notes (For Official Use Only):