

|   |  |  |  |  |   |
|---|--|--|--|--|---|
| <b>+Nombre (Persona #1):</b> _____<br>Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial 2o _____ |  |  |  |  | <b>Official Use Only</b><br><br><b>TIME IN:</b><br><b>TIME OUT:</b><br><input type="checkbox"/> Forms Checked |
| <b>Dirección</b> _____<br>Calle _____ Apt. # _____ Ciudad _____ C.P. _____                |  |  |  |  |   |
| <b>Teléfono</b> _____<br>Principal # _____ Otro # _____ Condado _____                     |  |  |  |  |   |
| <b>POR FAVOR RESPONDA</b>   |  |  |  |  |   |
|   | <b>Persona #1</b>  | <b>Persona #2</b>  | <b>Persona #3</b>  | <b>Persona #4</b>  | <b>Persona #5</b>   |
| <b>APELLIDO:</b>  | <b>Persona llenando el formulario</b>  |  |  |  |   |
| <b>PRIMER NOMBRE:</b>   | <b>Persona llenando el formulario</b>  |  |  |  |   |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>   |  |  |  |  |   |
| <b>SEXO:</b>  | (MM / DD / AAAA)<br><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | (MM / DD / AAAA)<br><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | (MM / DD / AAAA)<br><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | (MM / DD / AAAA)<br><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | (MM / DD / AAAA)<br><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer                            |
| <b>PESO, solo si pesa MENOS de 76 libras:</b>   | # _____ libras   | # _____ libras   | # _____ libras   | # _____ libras   | # _____ libras  |
| <b>Embarazada/amamantando</b>   | <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  |
| <b>Alérgico a la doxyciclina</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>Alérgico a ciprofloxacina?</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>Alérgico a la amoxicilina?</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   |




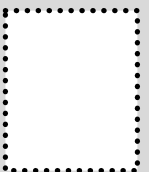
Me han proporcionado hojas informativas médicas, así como medicamentos para las personas que figuran en este formulario y acepto proporcionar tanto la información como los medicamentos, según se requiera. Entiendo que este medicamento es para prevenir enfermedades, pero si ocurriera una enfermedad, se 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):** \_\_\_\_\_

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

| POR FAVOR RESPONDA                             | Persona #6   | Persona #7   | Persona #8   | Persona #9   | Persona #10  |
|--|--|--|--|--|--|
| <b>APELLIDO:</b>                               |  |  |  |  |  |
| <b>PRIMER NOMBRE:</b>                          |  |  |  |  |  |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>                    | (MM / DD / YYYY)   | (MM / DD / YYYY)   | (MM / DD / YYYY)   | (MM / DD / YYYY)   | (MM / DD / YYYY)   |
| <b>SEXO:</b>                                   | <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 |
| <b>PESO</b> , solo si pesa MENOS de 76 libras: | # _____ libras   | # _____ libras   | # _____ libras   | # _____ libras   | # _____ libras   |
| <b>Embarazada/amamantando</b>                  | <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     |
| <b>Alérgico a la doxycyclina</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>Alérgico a ciprofloxacina?</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>Alérgico a la amoxicilina?</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        |

**STOP! Do NOT fill out the information below.**

|   |            | Person #6  | Person #7  | Person #8  | Person #9  | Person #10   |
|---|------------|--|--|--|--|--|
| <br><b>Dispenser Initials</b><br> | Medication | <input type="checkbox"/> Doxycycline<br><input type="checkbox"/> Cipro<br><input type="checkbox"/> _____   | <input type="checkbox"/> Doxycycline<br><input type="checkbox"/> Cipro<br><input type="checkbox"/> _____   | <input type="checkbox"/> Doxycycline<br><input type="checkbox"/> Cipro<br><input type="checkbox"/> _____   | <input type="checkbox"/> Doxycycline<br><input type="checkbox"/> Cipro<br><input type="checkbox"/> _____   | <input type="checkbox"/> Doxycycline<br><input type="checkbox"/> Cipro<br><input type="checkbox"/> _____   |
|   | Dosage     | <input type="checkbox"/> 100mg BID<br><input type="checkbox"/> 500mg BID<br><input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 100mg BID<br><input type="checkbox"/> 500mg BID<br><input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 100mg BID<br><input type="checkbox"/> 500mg BID<br><input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 100mg BID<br><input type="checkbox"/> 500mg BID<br><input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 100mg BID<br><input type="checkbox"/> 500mg BID<br><input type="checkbox"/> _____ |
|   | Labeling   | Rx# _____<br>Lot# _____<br>NDC# _____<br>Expiration _____  | Rx# _____<br>Lot# _____<br>NDC# _____<br>Expiration _____  | Rx# _____<br>Lot# _____<br>NDC# _____<br>Expiration _____  | Rx# _____<br>Lot# _____<br>NDC# _____<br>Expiration _____  | Rx# _____<br>Lot# _____<br>NDC# _____<br>Expiration _____  |

Refer to Primary Care Provider  Yes  No Client Signature: \_\_\_\_\_

Notes (For Official Use Only):

Dispensing Nurse Signature \_\_\_\_\_