Company Name

MEDICINE SCHEDULE

PART OF EMERGENCY DISASTER PLAN

Date: _____ Time: _____

Patient's Name: _____ ID#: _____

Pharmacy Name: _____ Pharmacy Phone: _____

Address: _____

MD Name: _____ MD Phone: _____

N C O	Date Ordered *Fecha*	Medications Dose, Route, Frequency *Medicinas, Dosis, Ruta, Frecuencia*	Breakfast *Desayuno*	Lunch *Almuerzo*	Dinner *Comida*	Bedtime *Acostarse*	Classification *Clasificación*	Side Effects *Efectos*	D/C Date *Alta*	Level of Understanding (Good - Fair - Poor)

Key to Side Effects / *Guia de Efectos Secundarios*

A - Nausea / Vomiting *Vómito*
B - Constipation *Estreñimiento*
C - Diarrhea *Diarrhea*
D - Hypertension *Presión Alta*
E - Hypotension *Presión Baja*
F - Skin Rash/ *Erupción* Edema *Edema*
G - Head *Dol* horesis *ación*
H - D age *as*
P - Bradycardi *Bradicardi*
- Tachycar *Taqui* *a* *iores*
S - Tinitus *Zumbidos en oidos*
T - Fluid / Electrolyte Imbalance *Desbalance liquido*
U - Anorexia
V - Malaise *Malestar*
W- Dyspnea *Falta de Aire*
X - Confusion
Y - Flushing / Blurred Vision *Enrojecimiento / Visión borrosa*
Z - Other / *Otros:*

Allergies / *Alergias:*

Nurse Signature/Date *Firma/Fecha*

Update on_____ Update on_____ By:_____

Update on_____ Update on_____ By:_____
Actualizado en *Actualizado en* *Por*

©2012 eMedesis All rights reserved. 1-888-817-2869 eMedesis