



Gulf States Pharmacy

Un Servicio de Gulf States Hemophilia & Thrombophilia

6655 Travis St, Suite 490

Houston, TX 77030

(713) 500-8385 (800) 464-1440

PERFIL de PACIENTE

Esta petición es requerida por las regulaciones del Estado para poder darle los servicios farmacéuticos apropiados. Esta información se mantendrá confidencial.

Nombre de Paciente:

(Apellido) _____ (Primer) _____ (Segundo) _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono de casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del Encargado/a del menor de edad _____ idioma preferida en las etiquetas (circule una): Ingles/Español

Dirección para envíos (si es diferente del arriba) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Condiciones Primarias Medicas: Género: Masc / Fem Estatura _____ Peso _____ lbs. /kilos

__ Hemophilia A (circule uno: severo, moderado, leve, cargador) Alergias de droga: _____

__ Hemophilia B (circule uno: severo, moderado, leve, cargador) _____

__ Enfermedad de Von Willebrand's (tipo _____) Otra alergias: _____

__ Otros desordenes de sangramiento ~ especificar _____

¿Tiene o a tenido inhibidor? Si o No ¿Cuándo? _____ ¿Tiene un Catéter? Si o No

Otras condiciones médicas: _____

Favor de anotar cada medicamento (incluyendo los sin receta) que esté tomando:

Fecha inicio	Fecha final	Medicamento	Dosis	Forma de Administrar	Frecuencia	Razón

Otra información que nos quiera dar a saber: _____

Por favor infórmenos si hay cambios con medicamentos o si algún medicamento le produce alguna reacción.

Firma _____ Relación al Paciente _____ Fecha _____
(si no es Ud. el paciente)