

Si la respuesta es sí, por favor explique:

---

¿Está usted tomando algún medicamento? Este seguro de incluir cualquier medicamento SIN RECETA que esté tomando.  
 Sí  No Si la respuesta es sí, por favor enumere los medicamentos: \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha