



Medicina y Salud Ocupacional – Global

Fomato de declaracion de medicamentos – 325

Nombre:	PIN:	Fecha:
Fecha de Nacimiento:	Supervisor:	Teléfono del Supervisor:
Localidad de Moh:	Localidad:	Ocupación:
Telefono de dia:	Telefono de tarde:	Mail:

Instrucciones

- Lista de todos los medicamentos que toma para los cuales la base de datos de medicacion global requiere a contactar a MOH:
- Lista de todos los medicamentos o sustancias que no aparecen en la base de datos de medicacion global:
- Si no le ha contactado MOH antes de reportarse al trabajo, llame a MOH.

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón	Hace cuanto tiempo lo toma	Efectos adversos	Fecha de prescripcion

FAVOR DE IMPRIMIR ESTE MAIL PARA SUS ARCHIVOS

Privado- Este documento no es privado hasta que la informacion personal es incluido

Declare sus medicamentos

