

Conciliación de Medicamentos

Nombre del Paciente : _____
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Fecha de Ingreso: ____ / ____ / ____
 Motivo de Ingreso: _____

1.- Antecedentes Clínicos de Importancia.

2.- ¿El paciente cuenta con medicación al momento de ingresar o en su servicio hospitalario previo?

Sí
 No

3.- Momento de la Conciliación.

- Ingreso
- Cambio de Área Hospitalaria
 Área 1: _____
 Área 2: _____
- Cambio de Médico Tratante
 Médico Anterior: _____
 Médico Actual: _____
- Egreso

4.- Descripción de la Medicación Anterior

Cuando la cantidad de medicamentos sea externa marcar esta casilla y usar el reverso.

5.- ¿El paciente continuará con la Medicación Anterior?

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Última Admon.	Sigue Igual	Se Modifica	Se Retira	Observaciones

6.- Descripción de la Medicación Conciliada (Anterior más la Actual)

7.- Observaciones

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Observaciones

8.- Controversias Encontradas

Se realizó Intervención con:

- Médico Tratante
 Paciente y/o Familiar

Resultado: _____

 Nombre y Firma de quien elaboró