

# 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