



**HUNTERDON COUNTY DIVISION OF HEALTH
EMERGENCY MEDICATION DISTRIBUTION
JEM METHOD FORM
Cipro Preferred Medication Form**



Sí de círculo (Y) o no (N) para las preguntas 1-6 sobre ti y todos los miembros de familia viven con usted

Pregunta	DEL UNO MISMO	Miembro de la familia #1	Miembro de la familia #2	Miembro de la familia #3	Miembro de la familia #4	Miembro de la familia #5
1.¿Alérgico a la ciprofloxacina?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
2.¿Enfermedad renal Renal?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
3.¿Tome gliburida (diabetes) o teofilina (asma)?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
FINAL DE DOXY PREGUNTAS (TODAS NO PREGUNTAS NINGUNA FORMA VOLVER AL ENCARGADO CUALQUIER SÍ ENCIMA, VAYA AL SIGUIENTE CONJUNTO DE PREGUNTAS A CONTINUACIÓN)						
4.¿Alérgico a la doxiciclina/tetraciclina?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
5.Tomar Coumadin (anticoagulante), Tegretol o fenobarbital (convulsiones)	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
6.Embarazo, lactancia o menores de 8 años de edad	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Sí de círculo (Y) o no (N) para las preguntas 1-6 sobre ti y todos los miembros de familia viven con usted	QUERY: DETERMINE & CIRCLE EACH INDIVIDUALS MEDICATION					
Ciprofloxacina Candidato? Q1-3 is all N	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Ciprofloxacina Candidato? Q4-6 is all N	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Medicación Dada	D C	D C	D C	D C	D C	D C

Nota Si no puede recibir Doxy o Cipro les consulte su principal MD

NOTE if unable to receive either Doxy or Cipro refer them to their Primary MD

Total Doxy Distributed: _____

Total Cipro Distributed: _____

Total Regimen Distributed: _____