ADVANCED ALLERGY & ASTHMA SPECIALISTS

DENISE GONZÁLEZ, MD

DIPLOMATE OF THE AMERICAN BOARD OF ALLERGY AND IMMUNOLOGY

Patient Name _____ *Birth* _____ *Today's Date:* _____

Current Medication List Follow Up Visits

Please list **ALL MEDICATIONS** (prescription/nonprescription, herbal, vitamin, creams, eye drops, inhalers, etc.), including strength and times a day you are currently taking the medication, be it regularly and/or intermittently. This information is **VERY IMPORTANT** to your physician and must be updated at **every visit**, as drug interactions can occur between various medications. We do not want to prescribe medications which may cause interactions with your drug regimen. If you don't know the medications you are taking, please **call your pharmacy NOW** to complete this list prior to seeing your physician.

Medication	Strength	Frequency

Por favor anote **TODOS SUS MEDICAMENTOS** (recetados/no recetados, hierbas, vitaminas, cremas, gotas de los ojos, inhaladores, etc), incluyendo dosis y veces al dia que lo toma, ya sea regularmente o por razon necesaria. Esta informacion es **MUY IMPORTANTE para su medico** y **se tiene que renovar con cada visita**, ya que los medicamentos pueden tener interacciones peligrosas unos con los otros. Nuestro deseo es recetarle los medicamentos los cuales no tengan interaccion con los suyos. Si no se recuerda los nombres, por favor, llame a la farmacia **AHORA** para rectificar los nombres de sus medicamentos **ANTES DE SU CITA.**

1530 Celebration Blvd., #402 Celebration, FL 34747 407-566-0020 Fax 566-0400
Mailing Address* 52 Riley Road #412 Celebration, Florida 34747