

CREENCIAL DE ALERTA DE ALERGIA A MEDICAMENTOS.

Nombre de la clínica o institución:

Dirección:

Teléfono:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:



**EL PACIENTE ES ALÉRGICO A
(nombre genérico):**

Fecha:



COMPEIA
Colegio Mexicano de Pediatras Especialistas
en Inmunología Clínica y Alergia

PASAPORTE DE ALERGIA A MEDICAMENTOS

Apellidos del paciente _____

Nombres del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del contacto y número de teléfono: _____



Por favor lleve siempre con Ud. este pasaporte y muéstrelo al médico o en la farmacia que lo atiendan. Contiene los medicamentos más importantes que le dan reacción alérgica y ponen en peligro su vida.

Medicamento alternativo tolerado por el paciente:
(Nombre genérico, dosis máxima tolerada)

Observaciones (ej. Premedicaciones)

Los siguientes medicamentos (nombre genérico) pueden provocar reacción alérgica:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Diagnóstico confirmado por:

- A. historia clínica.
- B. prueba cutánea.
- C. Prueba en sangre.
- D. prueba de provocación.

Diagnostico realizado por:
(sello del médico)

Reacciones presentadas por el paciente:
(potencialmente mortales)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Firma del médico y fecha:

Fecha de revaloración:



Este documento es un certificado médico y solo puede ser modificado por el alergólogo tratante.

Pasaporte para alergia a medicamentos.

La mitad superior muestra la parte interna y la mitad inferior la parte externa del pasaporte.

La línea punteada indica adonde debe doblarse.