LCHD SCREENING & CONSENT FOR PROPHYLAXIS MEDICATION FORM

Address of person picking up medications: _____ City: _____ Zip: _____

Phone (_____) _____ Primary Language (Circle One): English Spanish Other: _____

Last Name										
First Name										
Age / Weight if less than 96 lbs	Yrs	Lbs	Yrs	Lbs	Yrs	Lbs	Yrs	Lbs	Yrs	Lbs
Relationship to person picking up medication										
	Yes	**No**	**Yes**	**No**	**Yes**	**No**	**Yes**	**No**	**Yes**	**No**
Exposed AND Symptomatic?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Allergic to <u>any</u> of these? Doxycycline *(Vibramycin)* Tetracycline *(Sumycin)* Minocycline *(Minocen)*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pregnant?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Allergic to <u>any</u> of these? Ciprofloxacin *(Cipro)* Levofloxacin (Levaquin) Moxifloxacin (Avelox)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Breastfeeding?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Organ Transplant?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hepatitis / Liver Disease?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Epilepsy / Seizures?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kidney Dialysis?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Taking Tizanidine (Zanaflex)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Taking <u>any</u> of the following? Theophyllline Warfarin (Coumadin) Glyburide Phenytoin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

I have received the information on the fact sheets about the disease and medication. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the benefit and risks of the prescribed medication. I understand that this medication is not a treatment for people who have the disease and that anyone with symptoms of the disease must go to the hospital to receive proper treatment. I consent to receive the medication for myself and other persons listed on this form. I will distribute the medication and this information to the persons listed on this form.

_____ _____

Signature of Person picking up medication **Date**

Do Not Write Below this Box

Medical Review Needed?	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No
Doxycycline Dosage x 10 days	Doxycycline 100 mg bid	Doxycycline 100 mg bid	Doxycycline 100 mg bid	Doxycycline 100 mg bid	Doxycycline 100 mg bid
	Doxy _____mg bid	Doxy _____mg bid	Doxy _____mg bid	Doxy _____mg bid	Doxy ____mg bid
Ciprofloxacin Dosage x 10 days	Ciprofloxacin 500 mg bid	Ciprofloxacin 500 mg bid	Ciprofloxacin 500 mg bid	Ciprofloxacin 500 mg bid	Ciprofloxacin 500 mg bid
	Cipro _____ mg ___	Cipro _____ mg ___	Cipro _____ mg ___	Cipro _____ mg ___	Cipro ___ mg ___
Amoxicillin Dosage x 10 days	Amoxicillin 250 mg tid	Amoxicillin 250 mg tid	Amoxicillin 250 mg tid	Amoxicillin 250 mg tid	Amoxicillin 250 mg tid
Other Medication and Dose					
Affix Medication Label Here:	Contains product name, NDC, lot number	Contains product name, NDC, lot number	Contains product name, NDC, lot number	Contains product name, NDC, lot number	Contains product name, NDC, lot number

Information Sheet dispensed to patient containing directions and cautionary statements? Yes No

Screened By: _____ **Date:** _____

Dispensed By: _____ **Location/Site:** _____

LCHD FORMULARIO DE EVALUACION Y CONSENTIMIENTO PARA EL MEDICAMENTO PREVENTIVO

Dirección de la persona que recoge el medicamento: _____ Ciudad: _____

Código postal: _____ Teléfono (_____) _____ Idioma Primario: Español Otro: _____

Apellido										
Primer Nombre										
La edad y El peso menos de 96 libras	Yrs	Lbs	Yrs	Lbs	Yrs	Lbs	Yrs	Lbs	Yrs	Lbs
Relación a la persona recogiendo el medicamento										
	Sí	**No**	**Sí**	**No**	**Sí**	**No**	**Sí**	**No**	**Sí**	**No**
¿Ha sido expuesto Y tiene sintomas? (Exposed AND Symptomatic?)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Alérgico a <u>cualquiera</u> de estos? Doxycycline *(Vibramycin)* Tetracycline *(Sumycin)* Minocycline *(Minocen)*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Embarazada? (pregnant?)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Alérgico a <u>cualquiera</u> de estos? Ciprofloxacin *(Cipro)* Levofloxacin (Levaquin) Moxifloxacin (Avelox)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Lactancia? (breastfeeding?)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Transplante de algún organo? (organ transplant?)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Hepatitis / Enfermedad hepática? (hepatitis/liver disease?)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Epilepsia? (epilepsy?)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Diálisis renal? (kidney dialysis?)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Está tomando Tizanidine(Zanaflex)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Está tomando <u>cualquiera</u> de estos? Theophyllline Warfarin (Coumadin) Glyburide Phenytoin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

He recibido la información en las hojas informativas sobre la enfermedad y el medicamento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos del medicamento recetado. Yo entiendo que este medicamento no es un tratamiento para las personas que tienen la enfermedad y que cualquier persona con síntomas de la enfermedad debe ir al hospital para recibir tratamiento adecuado. Doy mi consentimiento para recibir el medicamento para las personas mencionadas arriba. Distribuiré el medicamento y esta información a las personas que figuran en este formulario.

Click here to enter a date. _____

Fecha **Firma de la persona recogiendo el medicamento**

No Escribir en los siguientes seis cuadros

Medical Review Needed?	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No
Doxycycline Dosage x 10 days	Doxycycline 100 mg bid	Doxycycline 100 mg bid	Doxycycline 100 mg bid	Doxycycline 100 mg bid	Doxycycline 100 mg bid
	Doxy _____mg bid	Doxy _____mg bid	Doxy _____mg bid	Doxy _____mg bid	Doxy ____mg bid
Ciprofloxacin Dosage x 10 days	Cipro 500 mg bid	Cipro 500 mg bid	Cipro 500 mg bid	Cipro 500 mg bid	Cipro 500 mg bid
	Cipro ____ mg ___	Cipro ____ mg ___	Cipro ____ mg ___	Cipro ____ mg ___	Cipro ___ mg ___
Amoxicillin Dosage x 10 days	Amoxicillin 250 mg tid	Amoxicillin 250 mg tid	Amoxicillin 250 mg tid	Amoxicillin 250 mg tid	Amoxicillin 250 mg tid
Other Medication and Dose					
Affix Medication Label Here:	Contains product name, NDC, lot number	Contains product name, NDC, lot number	Contains product name, NDC, lot number	Contains product name, NDC, lot number	Contains product name, NDC, lot number

Information Sheet dispensed to patient containing directions and cautionary statements? Yes No

Screened By: _____ **Date:** _____

Dispensed By: _____ **Location/Site:** _____