



**VISITOR MEDICATION QUESTIONNAIRE**  
**CUESTIONARIO DEL VISITANTE ACERCA DE MEDICAMENTOS**

**Please Print/Letra de molde, por favor**

Offender Name / Nombre del interno o interna	DOC Number / Número de DOC
Visitor's Name / Nombre del/de la visitante	
Planned Visit Date / Fecha de la propuesta visita	

List any **prescription medication** you require during your visit, **including prescription contraception**. Prescription medication must be in the original, prescription container (all labels adhered).

Apunte todo **medicamento de receta médica** que tiene que tomar usted durante la visita, **incluyendo anticonceptivos recetados**. Los medicamentos de receta tienen que estar en su envase original (con todas sus etiquetas adheridas).

Medication and Strength <i>Medicamento y dosis</i>	Times Normally Taken <i>Horas que se toman normalmente</i>

List any **non-prescription medication** you require during your visit. Non-prescription medication must be in their original container.

Apunte todo **medicamento que no es de receta médica** que tiene que tomar usted durante la visita. Estos medicamentos tienen que estar en su envase original.

Medication/Supplement <i>Medicamento/Suplemento</i>	Dosage Taken <i>Dosis</i>	Times Normally Taken <i>Horas que se toman normalmente</i>

List any **non-prescription contraception/barrier protection, including condoms**, you are bringing for your visit.

Apunte los **anticonceptivos que no son de receta médica, incluyendo condones o preservativos**, que usted va a traer a la visita.

Type / Clase	Quantity / Cantidad

Visitor's Signature / Firma del visitante

Date / Fecha

**NOTE:** Destroy form AFTER the EFV visit.

**NOTA:** Destruya el formulario DESPUÉS de la visita EFV.