



LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS

Nombre:	DOB:
Médico de Atención Primaria:	Médico Teléfono:
Farmacia:	Farmacia Teléfono :

Llene las secciones a continuación para crear tu propia lista de medicamentos de la persona. Si vas al hospital o sala de emergencias, llévate esta lista. Compartirlo con su familia y los cuidadores también.

Mantener esta lista actualizada con todos los medicamentos de prescripción, sobre los medicamentos de venta libre, productos herbarios, vitaminas y minerales.

- **Medicamento** – Lista de la forma de nombre, resistencia y dosificación de medicamentos (tableta, cápsula, parche, crema, ungüento, inyección, etc)
- **¿Cómo usarlo** – Escriba las direcciones su prescriptor o farmacéutico en cómo usted debe tomar sus medicamentos
- **¿Por qué lo uso** – Lista de la razón que usted está tomando este medicamento (i.e. para el tratamiento de la hipertensión arterial, diabetes, asma, etc)
- Tache medicamentos cuando ya no los usas. Luego escriba la fecha y por qué dejó de usarlos.
- Preguntar a sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de salud para actualizar esta lista en cada visita

Alergias o efectos secundarios:

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejó de tomarlo:
Dejó de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejó de tomarlo:
Dejó de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejé de tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejó de tomarlo:
Dejó de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejó de tomarlo:
Dejó de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejó de tomarlo:
Dejó de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Proveedor:
Fecha en la que commence a tomarlo:	Fecha en la que dejó de tomarlo:
Dejó de tomarlo por:	

Otra Información:
