

Mi Lista de Medicamentos

Mi nombre: _____

Mi día de nacimiento: _____

Mi contacto de emergencia

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombres y números de teléfono de mis proveedores de salud

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre y número de teléfono de mi farmacia

Nombre: _____

Teléfono: _____

Mis alergias (medicamentos, comida y otros, tal como picaduras de abeja o látex)

Tengo alergia a _____. Mi reacción es _____.

Tengo alergia a _____. Mi reacción es _____.

Tengo alergia a _____. Mi reacción es _____.

(Si usted necesita más espacio para escribir sus alergias, use atrás de la página.)

Mis problemas de salud

Mis medicamentos

Incluya **TODAS** sus medicinas, También las que son sin receta (OTC en inglés), vitaminas y suplementos. Cuando usted empieza a tomar una nueva medicina, escribe el día que empieza. Si usted para de tomar una medicina, márkelo y escribe el día que usted paro. Mantenga este formulario con usted. Tráigalo a las visitas de oficina, la farmacia o si lo admiten en el hospital.

Nombre de medicina (día de empezar y parar)	Razón que yo lo tomo	Dosis	Cuando yo lo tomo	Como se mira
Ejemplo: Aspirina (empezar 10-16-12)	Para mi corazón	81 mg (1 píldora)	Una vez por día	Blanca, redonda

