

Mi lista de medicamentos

Name: _____ Date: ____ / ____ / ____

Contacto de emergencia: _____

Puede ayudar a que su atención médica sea más segura si mantiene actualizada esta lista. Revise y cambie esta lista cuando se suspendan los medicamentos, se cambien las dosis o se agreguen nuevos medicamentos. Entregue esta lista a cualquier médico o proveedor de atención médica que lo atienda. Lleve esta información con usted en todo momento en caso de que ocurra una emergencia.

Enumere todas las recetas (las que obtiene de su farmacéutico), los medicamentos de venta libre (los que compra en la farmacia), las inyecciones, las vitaminas, las hierbas, los suplementos dietéticos, el uso de oxígeno, los inhaladores y los remedios caseros.

Nombre de la medicación	Condición	Dosis	Doctor que prescribe	Efectos secundarios notables
1.				
Interacciones y agotamientos conocidos:				
2.				
Interacciones y agotamientos conocidos:				
3.				
Interacciones y agotamientos conocidos:				
4.				
Interacciones y agotamientos conocidos:				
5.				
Interacciones y agotamientos conocidos:				
6.				
Interacciones y agotamientos conocidos:				
7.				
Interacciones y agotamientos conocidos:				
8.				
Known Interactions & Depletions:				