



Lista personal de medicamentos

Complete e imprima este formulario. Conserve una copia impresa con usted en todo momento. Recuerde volver a imprimir y actualizar la lista si su médico realiza algún cambio en sus medicamentos. *Comprender sus medicamentos recetados puede ser complicado; pídale ayuda a su enfermero en caso de que la necesite!*

Esta lista le pertenece a:

_____	Número de teléfono: _____
Médico: _____	Número de teléfono: _____
Centro: _____	Número de teléfono: _____
Trabajador social: _____	Número de teléfono: _____
Farmacia: _____	Número de teléfono: _____
Contacto de emergencia: _____	Número de teléfono: _____

Medicamentos

Nombre del medicamento: _____

Tomado para: _____

Dosis: _____

Frecuencia: _____

Aspecto: (color, forma, tamaño, etc.)

Instrucciones especiales: (se toma con o sin alimentos, se toma durante la noche, se deben evitar ciertos alimentos, etc.)

Nombre del medicamento: _____

Tomado para: _____

Dosis: _____

Frecuencia: _____

Aspecto: (color, forma, tamaño, etc.)

Instrucciones especiales: (se toma con o sin alimentos, se toma durante la noche, se deben evitar ciertos alimentos, etc.)

Medicamentos

Nombre del medicamento: _____

Tomado para: _____

Dosis: _____

Frecuencia: _____

Aspecto: (color, forma, tamaño, etc.)

Instrucciones especiales: (se toma con o sin alimentos, se toma durante la noche, se deben evitar ciertos alimentos, etc.)

Nombre del medicamento: _____

Tomado para: _____

Dosis: _____

Frecuencia: _____

Aspecto: (color, forma, tamaño, etc.)

Instrucciones especiales: (se toma con o sin alimentos, se toma durante la noche, se deben evitar ciertos alimentos, etc.)

Nombre del medicamento: _____

Tomado para: _____

Dosis: _____

Frecuencia: _____

Aspecto: (color, forma, tamaño, etc.)

Instrucciones especiales: (se toma con o sin alimentos, se toma durante la noche, se deben evitar ciertos alimentos, etc.)

Nombre del medicamento: _____

Tomado para: _____

Dosis: _____

Frecuencia: _____

Aspecto: (color, forma, tamaño, etc.)

Instrucciones especiales: (se toma con o sin alimentos, se toma durante la noche, se deben evitar ciertos alimentos, etc.)

Medicamentos

Nombre del medicamento: _____

Tomado para: _____

Dosis: _____

Frecuencia: _____

Aspecto: (color, forma, tamaño, etc.)

Instrucciones especiales: (se toma con o sin alimentos, se toma durante la noche, se deben evitar ciertos alimentos, etc.)

Nombre del medicamento: _____

Tomado para: _____

Dosis: _____

Frecuencia: _____

Aspecto: (color, forma, tamaño, etc.)

Instrucciones especiales: (se toma con o sin alimentos, se toma durante la noche, se deben evitar ciertos alimentos, etc.)

Nombre del medicamento: _____

Tomado para: _____

Dosis: _____

Frecuencia: _____

Aspecto: (color, forma, tamaño, etc.)

Instrucciones especiales: (se toma con o sin alimentos, se toma durante la noche, se deben evitar ciertos alimentos, etc.)

Nombre del medicamento: _____

Tomado para: _____

Dosis: _____

Frecuencia: _____

Aspecto: (color, forma, tamaño, etc.)

Instrucciones especiales: (se toma con o sin alimentos, se toma durante la noche, se deben evitar ciertos alimentos, etc.)
