

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA

Después de hablar con usted preparamos esta lista de medicamentos. Para hacerlo también usamos la información de *< mencione las fuentes de información >*.

- Use las líneas en blanco para agregar medicamentos nuevos y ponga las fechas en las que comenzó a tomarlos.
- Tache los medicamentos que ya no toma, ponga las fechas y el motivo por el que dejó de tomarlos.
- Pídale a sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de la salud de su equipo de atención médica que actualicen la lista de medicamentos en cada visita.

Si tiene que atenderse en la sala de emergencia o en el hospital, lleve con usted su lista de medicamentos. Compártala con sus familiares y con quien lo cuida.

PREPARADO EL:

Alergias o efectos secundarios:	
Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Para qué lo toma:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que comencé a tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	
Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Para qué lo toma:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que comencé a tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	
Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Para qué lo toma:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que comencé a tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA	
(Continuación)	
Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Para qué lo toma:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que comencé a tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	
Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Para qué lo toma:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que comencé a tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	
Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Para qué lo toma:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que comencé a tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	
Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Para qué lo toma:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que comencé a tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	
Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Para qué lo toma:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que comencé a tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA (Continuación)	
Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Para qué lo toma:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que comencé a tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	
Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	Para qué lo toma:
Fecha en la que comencé a tomarlo:	Fecha en la que comencé a tomarlo:
Dejé de tomarlo por:	

Other information:

Si tiene alguna pregunta sobre su lista de medicamentos, llame a su médico, farmacéutico o proveedor de administración de tratamiento con medicamentos.

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB number for this information collection is 0938-1154. The time required to complete this information collection is estimated to average 40 minutes per response, including the time to review instructions, searching existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.
