

Mi lista de medicamentos



capitahealth

Haga una lista de todos sus

medicamentos por prescripción
vitaminas
complementos alimenticios
drogas recreativas

medicamentos sin receta (por ejemplo, aspirina)
hierbas
remedios naturales
cantidad de alcohol que ingiere a diario o a la semana

Es importante incluir toda esta información, en caso de emergencia.

Haga una lista de la dosis que por lo general toma y con qué frecuencia o a qué hora del día lo hace.

Lleve consigo esta lista. Compártala con su farmacéutico y con las personas que le atienden.

Nombre _____

Tipo de sangre _____

Alergias _____

Nombres y números telefónicos de a quién llamar en caso de emergencia

| | nombre del medicamento | cantidad o dosis | hora del día |
|------------------|------------------------------------|------------------|--------------|
| por prescripción | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | sin receta (por ejemplo, aspirina) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| vitaminas | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

