

Lista de medicamentos



Nombre del paciente	Fecha de nacimiento

 Lleve su lista de medicamentos cuando vaya al médico, hospital o sala de emergencias. También compártala con su familia o cuidadores.

 Anote cualquier cambio en la forma en que toma sus medicamentos. Tache los medicamentos que ya no esté utilizando.

Nombre y concentración del medicamento	¿Qué cantidad y con qué frecuencia?					Por qué lo uso	Profesional autorizado para recetar (nombre y número de teléfono)
	Mañana	Mediodía	Noche	A la hora de acostarse	Otro		

 **Alergias**



Efectos secundarios que tuve:



Otra información:



Mis notas y preguntas:
