






# Mi lista de medicamentos – Manténgala al alcance de su mano

- Haga una lista de todo lo que toma – medicamentos recetados, medicamentos sin recetas, vitaminas, infusiones y suplementos.
- Lleve esta lista a cada cita con el médico, si acude a la sala de emergencia o a un hospital, y cuando vaya a la farmacia.
- No se quede sin medicamentos – pídale a su médico una receta nueva o consiga un surtido de su farmaceuta.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y dosis de mi medicamento	Este medicamento es para mi _____	¿Cuándo lo tomo y en qué cantidad?				Recordaré tomar mi medicamento _____ 
		En la mañana 	Al mediodía 	En la noche 	A la hora de acostarme 	
Ejemplo: Hydrochlorothiazide 25 mg	Ejemplo: Hipertensión (presión arterial alta)	Ejemplo: 1 píldora				Ejemplo: Después de cepillarme los dientes

**Si tiene problemas con su medicamento – no espere. Hable con su proveedor de atención médica o farmaceuta inmediatamente.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del proveedor de atención médica primario: \_\_\_\_\_ Nombre del farmaceuta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_