

Lista de Medicamentos

Preparado el: < Fecha de la Revisión Integral de Medicamentos (CMR) >



Lleve su Lista de Medicamentos cuando vaya al médico, hospital, o sala de emergencia. Y compártala con su familia o cuidadores.



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

Medicamento	Cómo lo tomo	Por qué lo tomo	Médico
< El nombre genérico y de marca del medicamento, la potencia, y la dosis de los medicamentos que toma actualmente >	< La terapia que le ordenaron (por ejemplo, 1 tableta por vía oral diaria), los aparatos para usarla e instrucciones adicionales si correspondiera >	< Indicaciones o el uso médico >	< Nombre del médico >

Lista de Medicamentos para < *Nombre del beneficiario* >, Fecha de nacimiento: < *Fecha de nacimiento* >



Añada nuevos medicamentos de receta, medicamentos de venta libre, productos herbarios, vitaminas, y minerales en las líneas en blanco abajo.

Medicamento	Cómo lo tomo	Por qué lo tomo	Médico

! Alergias:

< *Información sobre alergias* >

! Efectos secundarios que he tenido:

< *Información sobre efectos secundarios* >

 **Otra Información:**

< *Opcional* >



Mis notas y preguntas:

[(For materials non-small sized, therefore 8.5x11 paper output)][<Full Non-Discrimination Notice and Multi-language insert with TOP 15 state specific languages>]