

## Mi Lista de Medicamentos

*Para su seguridad, coloque este formulario en su billetera o cartera.*

**Cómo Usar “Mi Lista de Medicamentos”:** Registre sus datos personales, todos sus medicamentos y alergias que usted padece en este formulario. Para completar este formulario, lea las etiquetas de sus medicamentos, o solicite la ayuda de su médico, farmacéutico o de algún miembro de su familia. Siempre mantenga esta lista al día anotando cualquier cambio en sus medicamentos y llévela consigo en todo momento. Lleve este formulario a todas sus citas médicas. Si visita o a su médico o a un hospital para un procedimiento planificado, lleve sus medicamentos en sus envases originales. Si necesita copias adicionales de este formulario, llame al **301.754.8800** ó imprímalas a través de la página electrónica: **www.holycrosshealth.org**.

**Cómo le Ayuda “Mi Lista de Medicamentos”:** Este formulario le ayudará a recordar todos los medicamentos que usted toma. Además, éste sirve para informar a su médico u otros proveedores de atención médica sobre sus medicamentos actuales y por qué los toma. Saber cuales medicamentos usted está tomando ayuda a que el hospital y sus médicos se aseguren de indicarle los medicamentos correctos, en la dosis debida, previniendo interacciones con otros medicamentos.

### DATOS PERSONALES

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Médico de Cabecera/Número Telefónico:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Número Telefónico:** \_\_\_\_\_ **Farmacia Principal/Número Telefónico:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Contacto de Emergencia/Número Telefónico:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Fecha en que Actualizó Este Formulario:** \_\_\_\_\_

### MIS MEDICAMENTOS RECETADOS

Fecha Inicial	Nombre del Medicamento	Potencia (por ej., 250 mg)	Instrucciones sobre Uso		Vía de Administración (por ej., oral, inhalado, inyectado, o por gotas para los ojos)	¿Cuándo Toma Usted Este Medicamento? (Marque uno)					¿Por Qué Toma Usted Este Medicamento?	Fecha de Cambio		Nombre y Número Telefónico del Médico que le Recetó Este Medicamento	
			Dosis (por ej., 2 pastillas, ó 1 inhalación)	Frecuencia (por ej., una vez al día)		Mañana	Mediodía	Cena	Al Dormir	Según sea Necesario		Descontinuó Medicamento	Cambió Medicamento		

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**MIS ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

Soy alérgico(a) a estos medicamentos:

Ésta es mi reacción alérgica a estos medicamentos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MIS MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA**

Yo tomo los siguientes medicamentos sin receta (por ej., aspirina, antiácidos):

Dosis:

Frecuencia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MIS HIERBAS MEDICINALES**

Yo tomo las siguientes hierbas medicinales (por ej., cartílago de tiburón, valeriana):

Dosis:

Frecuencia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MIS VACUNAS**

He recibido las siguientes vacunas:

Fecha(s):

Pneumococal (pulmonía)  
Influenza (gripe)  
Tétano

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MIS VITAMINAS**

Tomo las siguientes vitaminas:

Dosis

Frecuencia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_