LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA:

Esta lista de medicamentos le ayudará a monitorear sus medicamentos y le explicará cómo tomarlos correctamente.

- Use las líneas en blanco para agregar medicamentos nuevos y ponga las fechas en las que comenzó a tomarlos.
- Tache los medicamentos que ya no toma, ponga las fechas y el motivo por el que dejó de tomarlos.
- Pídale a sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de la salud que actualicen la lista de medicamentos en cada visita.

Actualice la lista incluyendo:

- ☐ Los medicamentos recetados
- ☐ Los medicamentos de venta libre
- ☐ Hierbas
- ☐ Vitaminas
- ☐ Minerales

Si tiene que atenderse en la sala de emergencia o en el hospital, lleve con usted su lista de medicamentos. Compártala con sus familiares y con quien lo cuida.

PREPARADO EL:

Alergias o efectos secundarios:

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	**Proveedor:**
Fecha en la que comencé a tomarlo:	**Fecha en la que dejé de tomarlo:**
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	**Proveedor:**
Fecha en la que comencé a tomarlo:	**Fecha en la que dejé de tomarlo:**
Dejé de tomarlo por:	

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA:

(Continuación)

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	**Proveedor:**
Fecha en la que comencé a tomarlo:	**Fecha en la que dejé de tomarlo:**
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	**Proveedor:**
Fecha en la que comencé a tomarlo:	**Fecha en la que dejé de tomarlo:**
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	**Proveedor:**
Fecha en la que comencé a tomarlo:	**Fecha en la que dejé de tomarlo:**
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	**Proveedor:**
Fecha en la que comencé a tomarlo:	**Fecha en la que dejé de tomarlo:**
Dejé de tomarlo por:	

LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA:

(Continuación)

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	**Proveedor:**
Fecha en la que comencé a tomarlo:	**Fecha en la que dejé de tomarlo:**
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	**Proveedor:**
Fecha en la que comencé a tomarlo:	**Fecha en la que dejé de tomarlo:**
Dejé de tomarlo por:	

Medicamento:	
Cómo lo toma:	
Para qué lo toma:	**Proveedor:**
Fecha en la que comencé a tomarlo:	**Fecha en la que dejé de tomarlo:**
Dejé de tomarlo por:	

Otra Información:

Para preguntas sobre la lista de medicamentos, llame a Programa de Control de la Terapia de Medicamentos (MTM en inglés) al (505) 923-6790 o llame gratuitamente al 1-855-771-7737. Farmacéuticos están disponibles Lunes a Viernes 8:00 a.m. – 5:00 p.m. para asistirle.