



Lista De Medicamentos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre de la farmacia: _____ Numero de telefono: _____

Una Lista de Medicamentos Ayuda Prevenir Errores

Fecha de Prescripcion	Nombre y fuerza de los medicamentos. Incluya medicamentos sobre el mostrador, por ejemplo vitaminas, hierbas, suplementos dieteticos	Las dosis (mg, ml, etc)	Como y cuando lo usa (Dia, Noche, etc)	Fecha que paro

ALERGIA: _____

Siempre manten este formulario contigo - llevalo con usted a todas las visitas de atencion medica. Use este formulario para documentar todos los cambios echo con sus medicamentos- tomar medida active en su salud puede ayudar prevenir errores en su medicamento y mantenerte a salvo!