






Mi registro de medicinas – Manténgalo a la mano

- Enumere todos las medicinas con receta y sin receta médica, vitaminas y hierbas.
- Lleve este registro a cada cita médica y si tiene que ir a la sala de emergencia o al hospital.

Fecha: _____

| Nombre y dosis de su medicina | Esta medicina es para mi _____ | ¿Con qué frecuencia y cuánto? | | | | Recordatorio: ¿Cuándo lo tomo?  |
|-------------------------------|-----------------------------------|--|--|---|---|--|
| | | Por la mañana  | Al mediodía  | Por la tarde  | A la hora de acostarse  | |
| Ejemplo: Simvastatin 40 mg | Ejemplo: Colesterol alto | Ejemplo: 1 pildora | | | | Ejemplo: Después de cepillarme los dientes |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Si tiene algún problema con sus medicinas-no espere. Hable con su proveedor de atención médica inmediatamente.

Nombre del paciente: _____

Nombre del proveedor de atención médica: _____

Número de teléfono del proveedor de atención médica: _____