

## FORMULARIO DE MEDICAMENTO UNIVERSAL

Fecha en que inició el formulario: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia/números de teléfono: \_\_\_\_\_

**FARMACIA en donde se surten las recetas médicas/FARMACIA preferida: ubicación y número de teléfono:** \_\_\_\_\_

<b>REGISTRO DE VACUNACIÓN</b> (Registre la fecha/año de la última dosis tomada, si lo sabe) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> TÉTANOS</li> <li><input type="checkbox"/> VACUNAS CONTRA LA GRIPE</li> <li><input type="checkbox"/> VACUNA CONTRA LA NEUMONÍA</li> <li><input type="checkbox"/> VACUNA CONTRA LA HEPATITIS</li> <li><input type="checkbox"/> OTROS</li> </ul>	Alergias a alimentos/Describa la reacción: _____ <hr/> Alergias ambientales a/Describa la reacción: _____ <hr/> Alergias a/Describa la reacción: _____
--	--

No hay alergias conocidas  Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ lb / kg (Encierre uno en un círculo)

<b>Alergias a medicamentos:</b>	1.	2.	3.	4.	5.
Reacción:					
<b>Alergias a medicamentos:</b>	6.	7.	8.	9.	10.
Reacción:					

<b>Nombre del medicamento</b> Medicamentos con o sin receta médica, vitaminas, suplementos a base de hierbas, etc.	<b>Concentración</b> Indique la concentración del medicamento.	<b>Dosis</b> ¿Cuánto toma cada vez?	<b>Vía</b> Oral, inyección, etc.	<b>Frecuencia</b> ¿Con qué frecuencia toma este medicamento?	<b>Última dosis tomada</b> Indique la última fecha y hora en que tomó este medicamento.
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					
8)					
9)					
10)					
11)					

Continuación en la parte de atrás

CONTINUACIÓN DE LA LISTA DE LA PARTE DE ADELANTE

<b>Nombre del medicamento</b> Medicamentos con o sin receta médica, vitaminas, suplementos a base de hierbas, etc.	<b>Concentración</b> Indique la concentración del medicamento.	<b>Dosis</b> ¿Cuánto toma cada vez?	<b>Vía</b> Oral, inyección, etc.	<b>Frecuencia</b> ¿Con qué frecuencia toma este medicamento?	<b>Última dosis tomada</b> Indique la última fecha y hora en que tomó este medicamento.
12)					
13)					
14)					
15)					
16)					
17)					
18)					
19)					
20)					
21)					
22)					

- Escriba todos los medicamentos que esté tomando e indique todas sus alergias.
- **Escriba todos los cambios hechos a sus medicamentos** en este formulario. Si dejó de tomar cierto medicamento, táchelo y escriba la fecha en que dejó de tomarlo. Si necesita ayuda, solicite a su médico, enfermero, farmacéutico o a algún familiar que le ayude a mantenerlo actualizado.
- Cuando se le dé el alta del hospital, alguien le hablará sobre **qué medicamentos tomar y qué medicamentos dejar de tomar**. Debido a que con frecuencia se hacen muchos cambios después de una estancia en el hospital, se debe llenar un nuevo formulario. Cuando regrese con su médico, lleve su nuevo formulario. Esto mantendrá a todos actualizados respecto a sus medicamentos.

**¿Cómo le ayuda este formulario?**

- Este formulario le ayuda a usted y a sus familiares a recordar todos los medicamentos que está tomando.
- Este formulario le brinda a sus médicos y a otras personas una lista actual de TODOS sus medicamentos. ¡Los médicos necesitan saber sobre los medicamentos a base de hierbas, las vitaminas y los medicamentos de venta libre que usted toma!
- Es posible que se encuentren algunas inquietudes y que se puedan evitar al saber qué medicamentos está tomando.