



“Información Sobre Mis Medicinas”

Su nombre _____

Anote la información acerca de cada medicina prescrita y todos los otros productos que usted toma regularmente.

Fotocopie cuantas copias de esta página necesite. Utilice una copia para cada producto. Manténgalas en su bolsa o billetera. Agregue una hoja nueva cuando empiece a tomar un producto nuevo, y saque las hojas de los productos que ya no use. Lleve las copias cuando vaya a obtener asistencia médica o cuando se vaya de viaje. Si necesita ayuda para completar la lista, pídale a su proveedor de asistencia médica que le ayude.

Nombre y dosis de la medicina o producto _____

Su forma, color o configuración _____

Hora(s) del día en que toma cada dosis y cómo la toma _____

Para qué la toma _____

Posibles efectos secundarios _____

Nombre y teléfono del lugar adonde la compra _____

Instrucciones Especiales _____



“Información Sobre Mis Medicinas”

Su nombre _____

Anote la información acerca de cada medicina prescrita y todos los otros productos que usted toma regularmente.

Fotocopie cuantas copias de esta página necesite. Utilice una copia para cada producto. Manténgalas en su bolsa o billetera. Agregue una hoja nueva cuando empiece a tomar un producto nuevo, y saque las hojas de los productos que ya no use. Lleve las copias cuando vaya a obtener asistencia médica o cuando se vaya de viaje. Si necesita ayuda para completar la lista, pídale a su proveedor de asistencia médica que le ayude.

Nombre y dosis de la medicina o producto _____

Su forma, color o configuración _____

Hora(s) del día en que toma cada dosis y cómo la toma _____

Para qué la toma _____

Posibles efectos secundarios _____

Nombre y teléfono del lugar adonde la compra _____

Instrucciones Especiales _____