

# Lista de medicamentos en casa

Lleve esta lista con usted a todas las citas médicas y visitas en el hospital.

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de teléfono
Contacto de emergencia	Relación con el paciente	Número de teléfono de contacto de emergencia
Farmacia		Número de teléfono de la farmacia
Farmacia		Número de teléfono de la farmacia
<b>Alergias o problemas con medicamentos</b> <i>*Agregue hojas adicionales según sea necesario</i>		
Nombre del medicamento		¿Qué pasa cuando lo uso?
Nombre del medicamento		¿Qué pasa cuando lo uso?
Nombre del medicamento		¿Qué pasa cuando lo uso?

En las casillas de abajo, escriba cualquier medicamento, crema/pomada medicinal, vitamina, suplemento o producto de CBD (cannabidol) que esté tomando/aplicando actualmente.

Nombre/concentración/ dosis del medicamento (Ejemplo: Metoprolol 25MG 1 comprimido; Tylenol 500 mg, 1 comprimido)	¿Cuándo lo tomo?				¿Qué días lo tomo? (Ejemplo: Diariamente/ lunes, miércoles, viernes/solo según sea necesario)	¿Por qué lo tomo? (Ejemplo: presión)	¿Quién lo ordenó? (Ejemplo: recetado o recomendado por el Dr. Smith o sin receta administrado por usted mismo)
	Mañana	Mediodía	Noche	A la hora de acostarse			

