¡Los Cuidadores Familiares si Importan!

Lista de medicamentos

Registro de medicamentos	**A partir de:**		**Fecha de nacimiento:**	
Nombre del paciente:				
Contacto de emergencia 1			Teléfono:	
Contacto de emergencia 2			Teléfono:	

Medicamentos						
Nombre del medicamento	1	2	3	4	5	6
Genérico						
Marca						
El medicamento sin receta						
¿Cómo se administra la medicación (píldora, cápsula, inyección, parche, ungüento)?						
La dosis						
¿Que aspect tiene el medicamento?						
¿Que condicion trata el medicamento?						
¿Ha sentido algunos efectos secudarios ?						
Cómo y cuándo tomar el medicamento						
Qué no hacer al tomar el medicamento						
Nombre del prescriptor						
Nombre de la farmacia que surtió la receta						
Fecha iniciada						
Fecha de parada						

Inmunizaciones	
Tipo de inmunizacion	*Fecha de la última dosis*
Tétanos	
Neumonía	
Gripe	
Hepatitis	
Otro	

Reacciones		
Alergias a medicamentos y otras reacciones significativas.		
	Nombre del medicamiento	Reaccion
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
Medicamentos recientes que causaron problemas o que no funcionaron.		
	Nombre del medicamiento	El problema
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	

Equipo médico		
El medico de cabecera	Nombre:	
	Teléfono:	
Especialista 1	Nombre:	
	Teléfono:	
Especialista 2	Nombre:	
	Teléfono:	
Farmacia	Nombre:	
	Teléfono:	