

¡Los Cuidadores Familiares si Importan!

**Lista de medicamentos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Registro de medicamentos** | **Nombre del paciente:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A partir de:** |  | | |
| **Fecha de nacimiento:** |  | | |
| 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: |  |