



¿Está tomando sus medicamentos?

A muchas personas se les dificulta tomar sus medicamentos todo el tiempo.
Llene este formulario y entrégueselo a su proveedor o farmacéutico.
Les ayudará a entender mejor sus necesidades de salud.

1 ¿Alguna vez ha olvidado tomarse sus medicamentos?

Sí No

2 Cuando se siente mejor, ¿a veces deja de tomar sus medicamentos?

Sí No

3 Cuando se siente peor por tomar sus medicamentos, ¿a veces deja de tomarlos?

Sí No

4 ¿Hay otras cosas que interfieran en la toma de sus medicamentos?

5 ¿A veces toma sus medicamentos de una forma diferente a la que le indicó su proveedor?
Por ejemplo, ¿toma menos o deja de tomarlos algunos días?

Sí No

Note to Providers: Use the Hypertension Management Guide for additional resources related to medication adherence.