

Lista de Medicinas

Complete este formulario para tener una lista de todas las medicinas que usted toma. Traiga el formulario a sus citas médicas, visitas a la farmacia o al hospital. Asegúrese de incluir todas las medicinas con receta médica, sin receta médica, herbales, vitaminas y minerales que usted tome. Mantenga la lista actualizada.



Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____

Nombre de la Medicina, Vitamina, Herbal o Mineral		Para que sirve	Cuando debo tomarla	Cuanto debo tomar	Fecha en la que debo obtener más medicina	Recetada por
Nombre de Marca	Nombre Genérico					
<i>Lipitor</i>	<i>Atorvastatin</i>	<i>Colesterol</i>	<i>Mañana y Antes de dormir</i>	<i>1 tableta</i>	<i>8/31</i>	<i>Dr. Smith</i>

Alergias _____

Nombre de persona a
contactar en caso de emergencia _____

Nombre del doctor (es) _____
Teléfono _____

Relación _____

Teléfono (casa) _____

Farmacia _____
Teléfono _____

Teléfono (celular) _____

Para preguntas sobre medicinas, por favor llamar al Centro para el Control del Envenenamiento de la Ciudad de Nueva York al 1-800-222-1222

