



## LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS

PARA: \_\_\_\_\_

PREPARADO EL: \_\_\_\_\_

Esta lista de medicamentos le ayudará a monitorear sus medicamentos y le explicará cómo tomarlos correctamente.

- Use las líneas en blanco para agregar medicamentos nuevos y ponga las fechas en las que comenzó a tomarlos.
- Tache los medicamentos que ya no toma, ponga las fechas y el motivo por el que dejó de tomarlos.
- Pídale a sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de la salud de su equipo de atención médica que actualicen la lista de medicamentos en cada visita.

Actualice la lista incluyendo:

- Los medicamentos recetados
- Los de venta libre
- Hierbas
- Vitaminas
- Minerales

Si tiene que atenderse en la sala de emergencia o en el hospital, lleve con usted su lista de medicamentos. Compártala con sus familiares y con quien lo cuida.

### EJEMPLO DE CÓMO COMPLETAR LA INFORMACIÓN:

<b>Medicamento:</b> < Ingrese el nombre genérico y de marca del medicamento(s) que toma, la potencia y la dosis. >	
<b>Cómo lo toma:</b> < La terapia que le ordenaron, incluya la potencia, dosis y frecuencia (por ejemplo, 1 píldora (20 mg) diaria por boca), los aparatos para usarla e instrucciones adicionales si correspondiera >	
<b>Para qué lo toma:</b> < Mencione las indicaciones o el uso médico >	<b>Proveedor:</b> < Nombre del médico >
<b>Fecha en la que comencé a tomarlo:</b> <Indicar fecha>	<b>Fecha en la que dejé de tomarlo:</b> <Indicar fecha>
<b>Dejó de tomarlo por:</b> <Notas del beneficiario>	



**LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS**

**PARA:** \_\_\_\_\_

**PREPARADO EL:** \_\_\_\_\_

<b>Medicamento:</b>	
<b>Cómo lo toma:</b>	
<b>Para qué lo toma:</b>	<b>Proveedor:</b>
<b>Fecha en la que comencé a tomarlo:</b>	<b>Fecha en la que dejé de tomarlo:</b>
<b>Dejé de tomarlo por:</b>	

<b>Medicamento:</b>	
<b>Cómo lo toma:</b>	
<b>Para qué lo toma:</b>	<b>Proveedor:</b>
<b>Fecha en la que comencé a tomarlo:</b>	<b>Fecha en la que dejé de tomarlo:</b>
<b>Dejé de tomarlo por:</b>	

<b>Medicamento:</b>	
<b>Cómo lo toma:</b>	
<b>Para qué lo toma:</b>	<b>Proveedor:</b>
<b>Fecha en la que comencé a tomarlo:</b>	<b>Fecha en la que dejé de tomarlo:</b>
<b>Dejé de tomarlo por:</b>	

<b>Medicamento:</b>	
<b>Cómo lo toma:</b>	
<b>Para qué lo toma:</b>	<b>Proveedor:</b>
<b>Fecha en la que comencé a tomarlo:</b>	<b>Fecha en la que dejé de tomarlo:</b>
<b>Dejé de tomarlo por:</b>	



**LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS**

**PARA:** \_\_\_\_\_

**PREPARADO EL:** \_\_\_\_\_

<b>Medicamento:</b>	
<b>Cómo lo toma:</b>	
<b>Para qué lo toma:</b>	<b>Proveedor:</b>
<b>Fecha en la que comencé a tomarlo:</b>	<b>Fecha en la que dejé de tomarlo:</b>
<b>Dejé de tomarlo por:</b>	

<b>Medicamento:</b>	
<b>Cómo lo toma:</b>	
<b>Para qué lo toma:</b>	<b>Proveedor:</b>
<b>Fecha en la que comencé a tomarlo:</b>	<b>Fecha en la que dejé de tomarlo:</b>
<b>Dejé de tomarlo por:</b>	

<b>Medicamento:</b>	
<b>Cómo lo toma:</b>	
<b>Para qué lo toma:</b>	<b>Proveedor:</b>
<b>Fecha en la que comencé a tomarlo:</b>	<b>Fecha en la que dejé de tomarlo:</b>
<b>Dejé de tomarlo por:</b>	

<b>Medicamento:</b>	
<b>Cómo lo toma:</b>	
<b>Para qué lo toma:</b>	<b>Proveedor:</b>
<b>Fecha en la que comencé a tomarlo:</b>	<b>Fecha en la que dejé de tomarlo:</b>
<b>Dejé de tomarlo por:</b>	



**LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS**

**PARA:** \_\_\_\_\_

**PREPARADO EL:** \_\_\_\_\_

<b>Medicamento:</b>	
<b>Cómo lo toma:</b>	
<b>Para qué lo toma:</b>	<b>Proveedor:</b>
<b>Fecha en la que comencé a tomarlo:</b>	<b>Fecha en la que dejé de tomarlo:</b>
<b>Dejó de tomarlo por:</b>	

<b>Medicamento:</b>	
<b>Cómo lo toma:</b>	
<b>Para qué lo toma:</b>	<b>Proveedor:</b>
<b>Fecha en la que comencé a tomarlo:</b>	<b>Fecha en la que dejé de tomarlo:</b>
<b>Dejó de tomarlo por:</b>	

<b>Alergias o efectos secundarios a medicamentos:</b>
---

<b>Otra información:</b>
--------------------------

Para preguntas sobre la lista de medicamentos, llámenos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. al:

787-523-2397 (Área Metro)

1-844-660-1660 (libre de cargos)

1-866-333-5469 TTY (audioimpedidos)

PO BOX 71114 SAN JUAN PR 00936-8014