

INFORMACIÓN DE MI MEDICAMENTO

Paciente:

1. **MANTENGA ESTE FOMULARIO CON USTED SIEMPRE.** Tal vez quiera doblarlo y guardarlo en su billetera junto con el permiso para conducir. Entonces estará disponible en caso de emergencia.
2. Anote todos los medicamentos que está tomando y todas sus alergias.
3. Lleve este formulario a **TODAS** sus visitas al médico, cuando vaya a hacerse exámenes y a **TODAS** las visitas al hospital.
4. **ANOTE TODOS LOS CAMBIOS QUE LE HAN HECHO A SUS MEDICAMENTOS** en este formulario. Si deja de tomar cierto medicamento, dibuje una línea a través del nombre y escriba la fecha en que dejó de tomarlo. Si necesita ayuda, pídale al médico, enfermero/a, farmacéutico o familiar que le ayude a **actualizarlo**.
5. En la columna PROPÓSITO, escriba la razón por la que está tomando el medicamento (Ejemplos: presión sanguínea alta, azúcar alto, colesterol alto).
6. Cuando le den de alta del hospital, alguien hablará con usted sobre **CUALES MEDICAMENTOS TOMAR Y CUALES DEJAR DE TOMAR**. Ya que muchos cambios se hacen después de estar internado en el hospital, se debe llenar un formulario nuevo. Cuando regrese a ver al médico, lleve el formulario nuevo con usted. Esto mantendrá a todos al corriente de sus medicamentos.

¿COMO LE AYUDA ESTE FORMULARIO?

1. Este formulario le ayuda a usted y a los miembros de su familia a **recordar** todos los **medicamentos que está tomando** y provee a sus médicos con una **lista actualizada de TODOS sus medicamentos**. ¡Los médicos necesitan saber los medicamentos a base de hierbas, vitaminas y sin receta que está tomando!
2. **Le ayuda** a recordar cuales medicamentos está tomando, como los está tomando y la razón.

**Para obtener más copias, por favor comuníquese con:
972-719-4900**

**También se puede obtener una tarjeta del tamaño de la billetera en:
www.dfwhc.org**



