

**LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA:**

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 que actualicen la lista de medicamentos en cada visita.

Actualice la lista incluyendo:

- Los medicamentos recetados
- Los medicamentos 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.

**PREPARADO EL:**

**Alergias o efectos secundarios:**

<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>LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS PARA:</b>
---

(Continuación)

<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:**

(Continuación)

<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>Otra Información:</b>
--------------------------

Para preguntas sobre la lista de medicamentos, llame a Programa de Control de la Terapia de Medicamentos (MTM en inglés) al (505) 923-6790 o llame gratuitamente al 1-855-771-7737. Farmacéuticos están disponibles Lunes a Viernes 8:00 a.m. – 5:00 p.m. para asistirle.