

# 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					

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**

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					

**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**