

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:

| | |
|--|--|
| Medicamento: < Ingrese el nombre genérico y de marca del medicamento(s) que toma, la potencia y la dosis. > | |
| Cómo lo toma: < 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 > | |
| Para qué lo toma: < Mencione las indicaciones o el uso médico > | Proveedor: < Nombre del médico > |
| Fecha en la que comencé a tomarlo: <Indicar fecha> | Fecha en la que dejé de tomarlo: <Indicar fecha> |
| Dejó de tomarlo por: <Notas del beneficiario> | |



LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS

PARA: _____

PREPARADO EL: _____

| | |
|---|---|
| Medicamento: | |
| Cómo lo toma: | |
| Para qué lo toma: | Proveedor: |
| Fecha en la que comencé a tomarlo: | Fecha en la que dejé de tomarlo: |
| Dejé de tomarlo por: | |

| | |
|---|---|
| Medicamento: | |
| Cómo lo toma: | |
| Para qué lo toma: | Proveedor: |
| Fecha en la que comencé a tomarlo: | Fecha en la que dejé de tomarlo: |
| Dejé de tomarlo por: | |

| | |
|---|---|
| Medicamento: | |
| Cómo lo toma: | |
| Para qué lo toma: | Proveedor: |
| Fecha en la que comencé a tomarlo: | Fecha en la que dejé de tomarlo: |
| Dejé de tomarlo por: | |

| | |
|---|---|
| Medicamento: | |
| Cómo lo toma: | |
| Para qué lo toma: | Proveedor: |
| Fecha en la que comencé a tomarlo: | Fecha en la que dejé de tomarlo: |
| Dejé de tomarlo por: | |



LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS

PARA: _____

PREPARADO EL: _____

| | |
|---|---|
| Medicamento: | |
| Cómo lo toma: | |
| Para qué lo toma: | Proveedor: |
| Fecha en la que comencé a tomarlo: | Fecha en la que dejé de tomarlo: |
| Dejé de tomarlo por: | |

| | |
|---|---|
| Medicamento: | |
| Cómo lo toma: | |
| Para qué lo toma: | Proveedor: |
| Fecha en la que comencé a tomarlo: | Fecha en la que dejé de tomarlo: |
| Dejé de tomarlo por: | |

| | |
|---|---|
| Medicamento: | |
| Cómo lo toma: | |
| Para qué lo toma: | Proveedor: |
| Fecha en la que comencé a tomarlo: | Fecha en la que dejé de tomarlo: |
| Dejé de tomarlo por: | |

| | |
|---|---|
| Medicamento: | |
| Cómo lo toma: | |
| Para qué lo toma: | Proveedor: |
| Fecha en la que comencé a tomarlo: | Fecha en la que dejé de tomarlo: |
| Dejé de tomarlo por: | |



LISTA PERSONAL DE MEDICAMENTOS

PARA: _____

PREPARADO EL: _____

| | |
|---|---|
| Medicamento: | |
| Cómo lo toma: | |
| Para qué lo toma: | Proveedor: |
| Fecha en la que comencé a tomarlo: | Fecha en la que dejé de tomarlo: |
| Dejé de tomarlo por: | |

| | |
|---|---|
| Medicamento: | |
| Cómo lo toma: | |
| Para qué lo toma: | Proveedor: |
| Fecha en la que comencé a tomarlo: | Fecha en la que dejé de tomarlo: |
| Dejé de tomarlo por: | |

| |
|---|
| Alergias o efectos secundarios a medicamentos: |
|---|

| |
|--------------------------|
| Otra información: |
|--------------------------|

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 (audio impedidos)

MMM Healthcare, LLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Y0049_2022 5040 0004 2_C