



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:
Dejó 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:
Dejó 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)

MMM
1-866-333-5469 TTY
(audioimpedidos)

PMC
1-866-516-7701 TTY
(audioimpedidos)

First+Plus
1-877-672-4242 TTY
(audioimpedidos)