

## Lista de Medicamentos

Preparado el: < Fecha de la Revisión Integral de Medicamentos (CMR) >



Lleve su Lista de Medicamentos cuando vaya al médico, hospital, o sala de emergencia. Y compártala con su familia o cuidadores.



Anote cualquier cambio en la forma como toma sus medicamentos.  
Tache los medicamentos que ya no toma.

| Medicamento   | Cómo lo tomo   | Por qué lo tomo                          | Médico                        |
|---|--|--|-------------------------------|
| < Ingrese el nombre genérico y de marca del medicamento, la potencia, y la dosis de los medicamentos que toma actualmente > | < Ingrese la terapia que le ordenaron (por ejemplo, 1 tableta por vía oral diaria), los aparatos para usarla e instrucciones adicionales si correspondiera > | < Ingrese indicaciones o el uso médico > | < Ingrese nombre del médico > |
|   |  |  |                               |
|   |  |  |                               |
|   |  |  |                               |
|   |  |  |                               |
|   |  |  |                               |

Lista de Medicamentos para < *Nombre del beneficiario* >, Fecha de nacimiento: < *Fecha de nacimiento* >



Añada nuevos medicamentos de receta, medicamentos de venta libre, productos herbarios, vitaminas, y minerales en las líneas en blanco abajo.


| Medicamento | Cómo lo tomo | Por qué lo tomo | Médico |
|-------------|--------------|-----------------|--------|
|             |              |                 |        |
|             |              |                 |        |
|             |              |                 |        |

**! Alergias:**

< *Ingrese información sobre alergias* >

**! Efectos secundarios que he tenido:**

< *Ingrese información sobre efectos secundarios* >

 **Otra Información:**

< *Opcional* >



**Mis notas y preguntas:**