

Formulario para el control de la medicación

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la farmacia local: _____ Teléfono de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia local: _____

Nombre de la compañía de venta postal: _____ Teléfono de la compañía: _____

Nombre de la medicación marca o genérica	Dosis (mg. unidades, dosis del inhalador, gotas)	Cuando tomarla? ¿Cantidad de veces al día? ¿Por la mañana o por la tarde? ¿Con las comidas?	¿Por qué tomarla?	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Control requerido (por ejemplo: exámen de laboratorio cada _____ semanas)	Recetado por	Efectos Secundarios/ Signos De Peligro

Medicaciones sin receta médica (marque todas las que su familiar utiliza regularmente)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alivio de alergias, antihistamínico | <input type="checkbox"/> Medicinas para el resfrio / tos | <input type="checkbox"/> Laxantes | <input type="checkbox"/> Otros (escriba abajo): |
| <input type="checkbox"/> Antiácidos | <input type="checkbox"/> Pastillas para adelgazar | <input type="checkbox"/> Pastillas para dormir | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aspirina / otras para alivio del dolor, dolores de cabeza o fiebre | <input type="checkbox"/> Hierbas, suplementos dietéticos | <input type="checkbox"/> Vitaminas, minerales | _____ |
| | | | _____ |