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 >*

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: