Mis Medicamentos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mi nombre: | Mis alergias: | Información sobre mi contacto de emergencia |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Fecha: |

**Mis medicamentos, vitaminas, herbarios y supplementos hasta el**

Incluya todos **los medicamentos con o sin receta**. Los medicamentos sin receta pueden incluir vitaminas, herbarios, suplementos, medicamentos para el resfriado y la tos, aspirina, medicamentos para el dolor o para aliviar las alergias, antiácidos, laxantes, pastillas para adelgazar y más.

| **Tomo estos medicamentos diariamente** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (marca y genérico)** | **Potencia del medicamento** | **Tomo este medicamento para** | **Cuándo, cómo y cuánto tomo** | | | | |
| **Instrucciones** | **Mañana** | **Medio día** | **Tarde** | **Hora de acostarse** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

| **Tomo estos medicamenos regularmente, pero no diariamente** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (marca y genérico)** | **Potencia del medicamento** | **Tomo este medicamento para** | **Cuándo, cómo y cuánto tomo** | |
| **Instrucciones** | **Cuándo** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\

| **Tomo estos medicamentos solo cuando los necesito** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (marca y genérico)** | **Potencia del medicamento** | **Tomo este medicamento para** | **Cuándo, cómo y cuánto tomo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |