Next Step in Care
Family Caregivers & Health Care Professionals Working Together

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)	**¿Cuándo 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: examen de laboratorio cada _____ semanas)	**Recetado por**	**Efectos secundarios / signos de peligro**

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

- ❑ Alivio de alergias, antihistamínico
- ❑ Antiácidos
- ❑ Aspirina / otros para alivio del dolor, dolores de cabeza o fiebre
- ❑ Medicina para el resfrío / tos
- ❑ Pastillas para adelgazar
- ❑ Hierbas, suplementos dietarios
- ❑ Laxantes
- ❑ Pastillas para dormir
- ❑ Vitaminas, minerales
- ❑ Otros (escriba abajo):

_____

_____

_____

©2008 United Hospital Fund
Fecha de actualización de este formulario: _____