

FORMULARIO UNIVERSAL DE MEDICAMENTOS

Doble este formulario y manténgalo en su cartera. Fecha efectiva del formulario:

Nombre:	Dirección:		
Número de Teléfono:			
Fecha de Nacimiento:			
Contacto de Emergencia/Números Telefónicos:			
REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (Escriba la fecha o el año de la última dosis de la vacuna.)			
TÉTANO	VACUNA CONTRA LA INFLUENZA		
VACUNA CONTRA LA PULMONÍA	VACUNA CONTRA LA HEPATITIS	OTRA	
¿Es alérgico a algún medicamento? Describa la reacción.		¿Es alérgico a algún medicamento? Describa la reacción.	

ANOTE TODO MEDICAMENTO QUE ESTÉ TOMANDO ACTUALMENTE: medicamentos recetados o sin receta (ejemplo: aspirina, antiácidos) y productos naturales (ejemplo: ginseng, gingko). Incluya medicamentos que toma sólo cuando los necesita (ejemplo: nitroglicerina)

FECHA	NOMBRE DEL MEDICAMENTO / DOSIS	INSTRUCCIONES: INSTRUCCIONES SIMPLES NO UTILICE ABREVIATURAS MÉDICAS.	FECHA QUE LO DEJÓ DE TOMAR	Notas: Razones Para Tomarlo y Nombre del Médico

Refiérase al dorso del formulario para instrucciones y beneficios al usar el formulario.

FORMULARIO UNIVERSAL DE MEDICAMENTO

1. LLEVE SIEMPRE ESTE FORMULARIO CONSIGO. Debe doblarlo y mantenerlo en su cartera.
2. Anote todas las medicinas que esté tomando.
3. Lleve éste formulario a **TODAS** las citas médicas, cuando le vayan a hacer análisis y a **TODAS** sus visitas al hospital.
4. **ESCRIBA EN ESTE FORMULARIO TODO CAMBIO EN SUS MEDICINAS.** Si ya no toma cierta medicina, trace una línea sobre el nombre y escriba la fecha que dejó de tomarla. Si necesita ayuda al llenar este formulario, consulte a su Médico, Enfermera, Farmacéutico o miembro de la familia para llenarlo y mantenerlo al día.
5. En la columna denominada “**NOTAS**”, anote el nombre del médico que le dijo que tomara la medicina. Debe anotar la razón por la que toma la medicina (Ejemplo: alta presión arterial, hipoglucemia, colesterol alto).
6. Recibirá un formulario nuevo al ser dado de alta del hospital. Alguien hablará con usted al respecto y se le dará una copia. **SABRÁ QUÉ MEDICAMENTOS TOMAR Y QUÉ MEDICAMENTOS DEBE DEJAR DE TOMAR.** Cuando regrese al médico, lleve su nuevo formulario consigo. Esto ayudará a todos a mantenerse al día con sus medicinas.

¿CÓMO PUEDE AYUDARLE ESTE FORMULARIO?

1. Este formulario le ayudará a **recordar** a usted y a los miembros de su familia **todas las medicinas que usted está tomando.**
2. Le proveerá a su médico una lista actual de **TODAS sus medicinas.**
3. **Le ayuda a usted** – podremos identificar y prevenir errores al saber las medicinas que está tomando.

This information provided by Alabama’s hospitals.