

## Lista de Medicamentos

Preparado el: \_\_\_\_\_ (inserte fecha)



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                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>&lt; Ingrese el nombre genérico y de marca del medicamento, la potencia, y la dosis de los medicamentos que toma actualmente &gt;</b> | <b>&lt; Ingrese la terapia que le ordenaron (por ejemplo, 1 tableta por vía oral diaria), los aparatos para usarla e instrucciones adicionales si correspondiera &gt;</b> | <b>&lt; Ingrese indicaciones o el uso médico &gt;</b> | <b>&lt; Ingrese nombre del médico &gt;</b> |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                                       |                                            |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                                       |                                            |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                                       |                                            |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                                       |                                            |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                                       |                                            |

Lista de Medicamentos para \_\_\_\_\_, Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



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 >

Lista de Medicamentos para \_\_\_\_\_, Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

 **Otra Información:**

< *Opcional* >



**Mis notas y preguntas:**

Leon Health, Inc. es un plan HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Leon Health, Inc. depende de la renovación del contrato.