

Formulario de seguimiento de medicamentos

Medication Tracking Form

Doble este formulario y guárdelo

Nombre	Fecha de nacimiento:	Alergia a los siguientes medicamentos: <i>(Describe las reacciones)</i>
Contacto de emergencia o número de teléfono:		
Médicos:		
Farmacias, otras fuentes:		

Registro de vacunaciones (indique la fecha o año de la última dosis que le aplicaron)			Vacunas antigripales:	
Vacuna contra la neumonía:	Tétanos:	Vacuna contra la hepatitis:	Otra: <i>(tipo)</i>	fecha:

Indique todos los medicamentos que toma actualmente. Incluya medicamentos de venta con receta médica (ejemplos: píldoras, inhaladores, cremas, inyecciones), medicamentos de venta sin receta médica (ejemplos: aspirina, antiácidos, vitaminas) y productos herbales (ejemplos: ginseng, ginkgo). Incluya los medicamentos tomados cuando son necesarios (ejemplo: nitroglicerina, inhaladores).

FECHA DE INICIO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	INSTRUCCIONES <i>(¿Cómo lo toma? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia?)</i>	FECHA DE TÉRMINO	NOTAS <i>(Razones por las que toma el medicamento)</i>

Instrucciones

1. MANTENGA SIEMPRE ESTE FORMULARIO CON USTED. Puede doblarlo y guardarlo en la billetera junto con su licencia de conducir. Así, estará disponible en caso de emergencia.
2. Anote todos los medicamentos que tome e indique todas sus alergias. Agregue información sobre los medicamentos tomados en clínicas, hospitales y otros establecimientos de atención de salud, así como en el hogar.
3. Lleve este formulario con usted a todas las consultas en la clínica, la farmacia, el hospital, con su médico u otros proveedores.
4. ANOTE TODOS LOS CAMBIOS QUE SE HAGAN A SUS MEDICAMENTOS en este formulario. Cuando deje de tomar cierto medicamento, anote la fecha en que dejó de hacerlo. Si necesita ayuda, pídale a su médico, enfermera, farmacéutico o familiar que lo ayude a mantenerlo actualizado.
5. En la columna “Notas”, anote por qué toma el medicamento (ejemplos: hipertensión arterial, glucemia alta, colesterol alto).
6. Cuando le den el alta del hospital, conversarán con usted sobre los medicamentos que debe tomar y los que debe suspender. Dado que a menudo se hacen muchos cambios después de una hospitalización, se puede llenar una nueva lista. Cuando vuelva a ver a su médico, lleve la lista con usted. Esto los mantendrá a todos actualizados en cuanto a sus medicamentos.

¿Cómo lo ayuda este formulario?

- Este formulario lo ayuda a usted y a sus familiares a recordar todos los medicamentos que toma. Si es adecuado, considere compartir su información con los niños mayores.
- Le brinda a sus médicos y demás proveedores una lista actualizada de TODOS sus medicamentos. Ellos necesitan saber los medicamentos a base de hierbas, de venta sin receta médica y vitaminas que toma.
- Con esta información, los médicos y otros proveedores pueden evitar posibles problemas de salud, los que son gatillados por la manera en que interactúan los distintos medicamentos.



Para obtener copias del formulario de seguimiento de medicamentos y un folleto con más consejos, visite el sitio web de la Alianza para la Seguridad del Paciente de Minnesota (*Minnesota Alliance for Patient Safety*) en www.mnpatientsafety.org o llame al (651) 641-1121; número gratuito (800) 462-5393.