



Mi Lista de Medicinas



Mantenga esta lista actualizada cada vez que haya cambios en sus medicinas, la dosis o frecuencia. Mantenga una copia en su botiquín de primeros auxilios. Siempre lleve su lista de medicinas con usted en sus visitas al doctor o al hospital. Complete una segunda página si usted está tomando más de siete medicinas.

Nombre: _____

Fecha de Llenado: _____

Llenado por: _____

MEDICINAS Incluya el nombre de marca y nombre genérico, si aplica	DOSIS Listela cantidad de cada dosis (ej., # mg)	FRECUENCIA Cuántas veces al día se toma la medicina	NOTAS Incluya si esta medicina se debe tomar con comida, con el estómago vacío, o cualquier instrucción especial



Proporcionado en asociación por la Oficina de Preparación y Respuesta del Departamento de Salud e Higiene Mental, y la Asociación de Servicios de Cuidados en el Hogar para el Estado de Maryland y la Capital de la Nación (MNCHA, por su sigla en inglés)

