

Lista de Medicamentos

Completa e imprime este formulario. Mantén una copia en papel contigo en todo momento. Recuerda reimprimir y actualizar tu lista si tu médico realiza cambios en tus medicamentos. Comprender las recetas médicas puede ser complicado; pide ayuda a tu enfermera si la necesitas.

NOMBRE: _____ **Teléfono:** _____
Doctor: _____ Teléfono: _____
Centro de diálisis: _____ Teléfono: _____
Trabajador social: _____ Teléfono: _____
Farmacia: _____ Teléfono: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

MEDICAMENTOS

Nombre del medicamento: _____
Usado para: _____
Dosis: _____ Frecuencia: _____
Aspecto: _____
Instrucciones especiales: _____

Nombre del medicamento: _____
Usado para: _____
Dosis: _____ Frecuencia: _____
Aspecto: _____
Instrucciones especiales: _____



Nombre del medicamento: _____

Usado para: _____

Dosis: _____ Frecuencia: _____

Aspecto: _____

Instrucciones especiales: _____

Nombre del medicamento: _____

Usado para: _____

Dosis: _____ Frecuencia: _____

Aspecto: _____

Instrucciones especiales: _____



¡Estamos aquí para ayudarte!

Comunícate con tu equipo de atención si tienes preguntas sobre cómo manejar tus medicamentos.