

Mi horario de medicamentos



Tomar los medicamentos según indicado es importante para su salud. Utilice esta hoja para llevar un registro de sus medicamentos y de cuándo debe tomarlos. Incluya todas las recetas, los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas, y los suplementos herbarios y dietéticos. Si hay cambios, actualice la lista. Consulte con su médico antes de dejar de tomar medicamentos, antes de comenzar a tomar otros nuevos o de cambiar una dosis. Lleve esta lista a todas sus citas médicas. Si tiene preguntas sobre los medicamentos o necesita ayuda para completar esta hoja, llame a su médico o comuníquese con el equipo de Navegación de Cuidados de Healthmap Solutions al **1-800-481-0474**.

Nombre: _____ Fecha de la última actualización: _____

Indique sus alergias: _____

Indique el nombre y el número de teléfono de su farmacia: _____

DOSIS Y FRECUENCIA DEL MEDICAMENTO	PROPÓSITO	ANTES DEL DESAYUNO 	A LA MAÑANA 	DURANTE EL ALMUERZO 	A LA NOCHE 	A LA HORA DE ACOSTARSE 	OTRO 	INSTRUCCIONES ESPECIALES



Mi horario de medicamentos

DOSIS Y FRECUENCIA DEL MEDICAMENTO	PROPÓSITO	ANTES DEL DESAYUNO 	A LA MAÑANA 	DURANTE EL ALMUERZO 	A LA NOCHE 	A LA HORA DE ACOSTARSE 	OTRO 	INSTRUCCIONES ESPECIALES

