

## ¿Cómo usar Mi Lista de Medicamentos?

“Mi Lista de Medicamentos” es una herramienta que le puede servir a usted y a su familia para mantener un seguimiento de todo aquello que toma para mantenerse saludable: sus pastillas, vitaminas y hierbas. Tener todos los medicamentos en un mismo lugar también resulta de ayuda para que su médico, farmacéutico, hospital u otros profesionales de atención médica lo puedan atender mejor.

¡Comience a utilizar “Mi Lista de Medicamentos” hoy mismo!

1. Complete el formulario con la ayuda del profesional de atención médica.
2. Para completar el formulario, debe tener consigo una lista de todos los medicamentos y todo otro producto que usted toma. Asegúrese de incluir todos los medicamentos que toma de todas las farmacias que utiliza y todos los medicamentos de venta libre, vitaminas, hierbas o minerales.
3. Luego, piense qué toma por la mañana, por la tarde, alrededor de la hora de cenar y antes de acostarse.
4. Para cada medicamento (incluso para aquellos que obtiene sin receta), vitamina o hierba, debe anotar lo siguiente:
  - El nombre de lo que toma (como Tylenol, Acetaminofeno 500 mg)
  - ¿Cuánto toma? (1 pastilla, 3 gotas, 2 puffs)
  - ¿Cómo es? (redonda, blanca y roja, líquido transparente)
  - ¿Cómo lo toma? (por boca, con la comida, con una aguja)
  - Comenzó a tomarlo el: (15 de sep. de 2007)
  - Dejará de tomarlo el: (30 de sep. de 2007)
  - ¿Por qué lo toma? (para la artritis, para el corazón, para bajar el colesterol)
  - ¿Quién le indicó que lo tomara? (mi internista, mi reumatólogo)

A continuación encontrará un ejemplo:

Nombre de la droga- (Nombre comercial, nombre genérico, dosis)	¿Cómo es?	¿Qué cantidad?	¿Cómo la tomo?	Comencé a tomar esta medicación el:
Zocor, Simvastatin, 40 mg	Pastilla amarilla	1 pastilla	Con agua	junio de 2001

5. Siempre conserve esta tarjeta con usted. Dóblela y manténgala en su billetera o bolso, de manera que la tenga con usted en caso de emergencia.
6. Cada vez que deje de tomar algo de la lista o comience a tomar algo nuevo, asegúrese de actualizar “Mi Lista de Medicamentos”.
7. Cuando usted: tenga una consulta con el médico, con su farmacéutico, deba realizarse un estudio o deba ir al hospital o a una sala de emergencia, lleve este formulario consigo.
8. Si tiene preguntas acerca de sus medicamentos, comuníquese con su médico o farmacéutico.



Mi Lista de Medicamentos (*My Medicine List*) ha sido desarrollada por la Sociedad Estadounidense de Farmacéuticos del Sistema de Salud (*American Society of Health-System Pharmacists – ASHP*) y la Fundación para Investigación y Educación de la ASHP (*ASHP Research and Education Foundation*) con el apoyo del patrocinador sanofi-aventis, US, LLC. 10/2007



## Mi Lista de Medicamentos

Esta lista de medicamentos corresponde a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si debe comunicarse conmigo, utilice:

este número de teléfono: \_\_\_\_\_

esta dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

La mejor forma de comunicarse con mi contacto de emergencia es:

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Soy alérgico a: \_\_\_\_\_

También sufro de complicaciones con los medicamentos: \_\_\_\_\_

### Mantener Mi Lista de Medicamentos actualizada:

Es muy importante que mantenga esta información actualizada. Utilice el cuadro que sigue para revisar y actualizar “Mi Lista de Medicamentos”. Puede hacerlo con su médico, farmacéutico, enfermero u otro profesional de atención médica.

Revisado por:	Revisado el:	Actualizado el:	Actualizado por:



Preguntas para mi médico o farmacéutico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Utilice la guía que figura al dorso para completar

Mi Lista de Medicamentos.



**Al levantarme, tomo:**

<b>Nombre de la droga</b> <i>(nombre comercial, nombre genérico, dosis)</i>	<b>¿Cómo es?</b>	<b>¿Qué cantidad?</b>	<b>¿Cómo la tomo?</b>	<b>Comencé a tomar esta medicación el:</b>	<b>Dejé de tomar esta medicación el:</b>	<b>¿Por qué tomo esta medicación?</b>	<b>¿Quién me indicó la medicación?</b>

**Por la tarde, tomo:**


**Al anochecer, tomo:**


**Antes de acostarme, tomo:**


**Otros medicamentos que no ingiero todos los días:**
