

Sección 4: Registros de medicación

Esta sección tiene dos herramientas de seguimiento de medicamentos diferentes. Incluya cualquier medicamento o suplementos nutritivos de venta libre que esté tomando. Informe a sus proveedores cómo le está yendo con su medicamento. Dígales si sufre efectos secundarios. Utilice esta lista para que todos sus proveedores conozcan todos los medicamentos que está tomando. Esto es importante debido a que algunos medicamentos no se deben mezclar.

Seleccione la herramienta que le funcione mejor a usted y le ayude a mantener un registro de sus medicamentos:

1. El primer formulario recopila una gran cantidad de información acerca de cada medicamento que toma. Tendrá que llenar un formulario por cada medicamento.
2. El segundo formulario enumera sus medicamentos para cuándo necesita tomarlos durante el día.

A. Mis medicamentos individuales (un formulario por cada medicamento)

Nombre del medicamento	¿Qué aspecto tiene el medicamento?										
¿Cuánto tomo?	¿Para qué enfermedad es este medicamento?										
Llame a este proveedor si tiene preguntas:	Número de teléfono del proveedor:										
Llame a esta farmacia si tiene preguntas:	Número de teléfono de la farmacia:										
Horario diario	Fecha en la que comenzó a tomar el medicamento										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>Dosis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Hora	Dosis									Mes/Día/Año (por ej: 06/23/2015)
Hora	Dosis										
	Fecha en la que dejó de tomar el medicamento										
	Mes/Día/Año (por ej: 06/23/2015)										
No debo tomar estos medicamentos o sustancias con este medicamento:											

Posibles efectos secundarios o efectos negativos del medicamento

Efectos	Este medicamento puede generar	Estoy experimentando este efecto secundario
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somnolencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimientos o tics incontrolables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de barriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución del apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento del apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de riesgo de infección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salpullido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Mis Medicamentos (según la hora del día)

Medicamentos de la mañana

<i>Nombre del medicamento</i>	<i>Descripción Color y forma</i>	<i>Dosis N.º de pastillas, dosis del inhalador o inyecciones</i>	<i>Instrucciones Con comida o agua</i>	<i>Fecha de inicio</i>	<i>Fecha de terminación</i>	<i>Nombre del proveedor</i>

Medicamentos de la tarde

<i>Nombre del medicamen</i>	<i>Descripción Color y forma</i>	<i>Dosis N.º de pastillas, dosis del inhalador o inyecciones</i>	<i>Instrucciones Con comida o agua</i>	<i>Fecha de inicio</i>	<i>Fecha de terminación</i>	<i>Nombre del proveedor</i>

Medicamentos de la noche

<i>Nombre del medicamen</i>	<i>Descripción Color y forma</i>	<i>Dosis N.º de pastillas, dosis del inhalador o inyecciones</i>	<i>Instrucciones Con comida o agua</i>	<i>Fecha de inicio</i>	<i>Fecha de terminación</i>	<i>Nombre del proveedor</i>

Medicamentos antes de acostarse

<i>Nombre del medicamento</i>	<i>Descripción Color y forma</i>	<i>Dosis N.º de pastillas, dosis del inhalador o inyecciones</i>	<i>Instrucciones Con comida o agua</i>	<i>Fecha de inicio</i>	<i>Fecha de terminación</i>	<i>Nombre del proveedor</i>

Medicamentos según sea necesario

<i>Nombre del medicamento</i>	<i>Descripción Color y forma</i>	<i>Dosis N.º de pastillas, dosis del inhalador o inyecciones</i>	<i>Instrucciones Con comida o agua</i>	<i>Fecha de inicio</i>	<i>Fecha de terminación</i>	<i>Nombre del proveedor</i>