

Lista de medicamentos y alergias

Última actualización: _____

Lleve esta lista a cada cita y a la farmacia. Escriba la fecha en cada hoja que agregue. Pregunte al médico o al farmacéutico antes de empezar, suspender o cambiar cualquier medicamento.

Nombre de la persona que cuida: _____

Fecha de nacimiento (opcional): _____

Revisada por (médico/farmacéutico) y fecha: _____

Farmacia y teléfono: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

ALERGIAS Y REACCIONES (si no tiene, escriba “Sin alergias conocidas”)

Alérgeno	Tipo: medicamento / alimento / otro	Reacción

MEDICAMENTOS ACTUALES (medicamentos con receta que la persona que cuida toma ahora)

Nombre y concentración	Dosis / cómo se toma	Cuándo / con qué frecuencia	Para qué es	Quién lo recetó	Fecha de inicio	Notas

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



MEDICAMENTOS SEGÚN SEA NECESARIO (PRN)

Copie las indicaciones tal cual de la etiqueta actual o del plan de cuidado. Si tiene dudas, pregunte al farmacéutico o a quien lo recetó antes de darlo.

Medicamento y concentración	Dosis / cómo se toma	Cuándo darlo	Espera mínima / máximo en 24 horas

VITAMINAS, SUPLEMENTOS Y PRODUCTOS SIN RECETA

Nombre y concentración	Cantidad	Cuándo / frecuencia	Notas

MEDICAMENTOS SUSPENDIDOS RECIENTEMENTE

Nombre y concentración	Fecha de suspensión	Por qué se suspendió

NOTAS PARA EL EQUIPO DE CUIDADO

