

Mi lista de medicamentos



Nombre:	
Fecha de nacimiento:	Fecha de preparación:
Nombre del médico de cabecera (PCP):	Teléfono del PCP:

Esta lista de medicamentos le ayudará a llevar un registro de sus medicamentos y a usarlos de manera correcta.

Instrucciones:

- Use este formulario en blanco para agregar medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, productos de hierbas, vitaminas y minerales.
- Tache los medicamentos que ya no está tomando. A continuación, escriba la fecha y la razón por la que dejó de usarlos.
- Pida a sus médicos, farmacéuticos y a otros prestadores de servicios médicos que actualicen la lista en cada consulta.
- Lleve esta lista con usted si va al hospital o a la sala de emergencias. Compártala también con su familia o sus cuidadores.

Alergias a medicamentos:

Medicamento	Cómo lo tomo	Por qué lo tomo	Persona que lo recetó



Los productos y servicios de HealthSpring se ofrecen de manera exclusiva, ya sea directamente por las subsidiarias operativas de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, o por medio de estas. © 2025 Health Care Service Corporation. Todos los derechos reservados.

Y0036_26_1775270184S_C

5001839.1025

