

de la última dosis que tomó, si lo recuerda

## Registro de vacunas

Registre la fecha y el año

Tétano: \_\_\_\_\_

Vacuna(s) antigripal: \_\_\_\_\_

Vacuna contra la neumonía: \_\_\_\_\_

Hepatitis: \_\_\_\_\_

Otra: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Médico, farmacia y contacto en caso de emergencia

Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Mi tarjeta de medicamentos

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Mi tarjeta de medicamentos existe gracias a:



**BlueCross BlueShield of Texas**

Una división de Health Care Service Corporation, una Compañía Mutua de Reserva Legal, un Concesionario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. 47417.0207

## Historia clínica

Marque lo que corresponda:

- Asma
- Enfermedades cardíacas
- Diabetes
- Cáncer
- Enfermedad renal
- Hipertensión arterial
- Otra: \_\_\_\_\_

Medicamentos de venta libre  
Marque los medicamentos que utiliza regularmente:

- Medicamentos para alergias, antihistamínicos
- Antiácidos
- Aspirinas/Acetaminofén/Ibuprofeno
- Medicamentos para la tos y el resfrío
- Píldoras dietéticas
- Suplementos dietarios/homeopáticos
- Laxantes
- Píldoras para dormir
- Vitaminas o minerales
- Otro: \_\_\_\_\_

## Información que debe conocer

- ¿Cuál es el nombre de cada medicamento?
- ¿Para qué sirve?
- ¿A qué hora debo tomarlo?
- ¿Qué dosis debo tomar cada vez que tomo el medicamento?
- ¿Cómo debo tomarlo?
- ¿Debo ingerirlo con alimentos?
- ¿Por cuánto tiempo debo tomarlo?
- ¿Qué debo hacer si olvido tomar una dosis?
- ¿Existe algún efecto secundario?
- ¿Cómo debo actuar si se presenta algún efecto secundario?
- ¿Es seguro tomarlo con otros medicamentos, incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas o medicamentos homeopáticos?
- ¿Que alimentos, bebidas o actividades debo evitar mientras tomo este medicamento?

## Alergias

Alérgico a: \_\_\_\_\_

Reacción: \_\_\_\_\_

Alérgico a: \_\_\_\_\_

Reacción: \_\_\_\_\_

Alérgico a: \_\_\_\_\_

Reacción: \_\_\_\_\_

Alérgico a: \_\_\_\_\_

Reacción: \_\_\_\_\_

