

Para obtener formas Med adicionales, visite: www.themedform.com



LA FORMA MED

Nombre: _____ Fecha Completada: _____

Farmacia Preferida/Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Contacto de Emergencia/Teléfono: _____

Medicamentos que le causan **Alergias** o **Reacciones Adversarias**:

Medicamentos que Toma Ahora:

Por favor liste los medicamentos que esta actualmente tomando, incluyendo los que son sin receta (por ejemplo, aspirina, anti-acidos, vitaminas e hierbas).

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Siempre mantenga esta forma con usted.

(vuelta)

Para obtener formas Med adicionales, visite: www.themedform.com

Cut along solid lines and fold on dotted lines to fit in your wallet.

Medicamentos que Toma Ahora: (continúa)

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Medicamentos: _____ Dosis: _____

Porqué los esta tomando: _____ Direcciones _____

Médico: _____ Fecha en que empezó a tomarlos: _____

Historia Clínica de Inmunización:

(Incluya fechas en que se las administraron)

Tétano _____ Vacuna contra la pulmonía _____

Vacuna contra la influenza _____ Vacuna contra la hepatitis _____

Otro _____



Siempre mantenga esta forma con usted.