

Información sobre Alergias y Problemas

Escriba una lista de cualquier alergia o problemas que tiene usted con las medicinas, comida, látex, etc., y lo que le sucede cuando las toma o las usa.

Nombre del medicamento/droga	¿Qué sucede?
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Comida u otras alergias	¿Qué sucede?
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

NÚMEROS IMPORTANTES

Doctor de la familia Nombre
Teléfono:

Otros Doctores /Proveedores
Nombre / Teléfono:

En donde se surten las recetas
Nombre / Teléfono:

Contacto en caso de emergencia
Nombre / Teléfono:

Put UVa Patient Label Here for
Identification or write Medical
Record Number:

Como usar esta tarjeta

1. Escriba todos los medicamentos que toma. Incluyendo los medicamentos sin receta, gotas de los ojos, parches para la piel, vitaminas, hierbas, control de la natalidad, etc.
 2. **Utilice un lápiz** para que pueda hacer cambios.
 3. **Mantenga la tarjeta al día.** Si usted o sus doctores hacen algún cambio, añada o remueva cualquier medicina; cambie la lista.
 4. Lleve la tarjeta con sigo cada vez que vaya al hospital, a una clinica, or al medico.
- TAMBIEN
- ✓ Verifique en la etiqueta del frasco la fecha en que se tiene que volver a surtir de tal manera que no se le agoten.
 - ✓ Pregunte a su doctor, enfermera o farmacéutico que le ayude a aprender más acerca de sus medicinas y cómo tomarlas con prudencia.

Manténgala en su Billeta



Lista de Medicinas



DEVELOPED BY:
Martha Jefferson Hospital
UVA-HealthSouth Rehab Hospital
UVA Health System

El llevar con usted una lista de todas sus medicinas puede salvarle la vida

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono (____) _____

Fechas de inmunización: Gripe (Flu) _____ Neumonía _____ Tétano _____ Otras _____

Medicinas que tomo – incluyendo aquellas que no requieren receta: vitaminas, suplementos, productos herbolarios, gotas para los ojos, parches, etc.

Nombre del medicamento / Dosis Name of Medicine / Dose	Cuánta/ Cuándo la tomo? How much / When I take it	Para qué la tomo What I take it for	Otra información Other information
Ejemplo: Senicidem 40 mg	Ejemplo: 2 tabletas dos veces al día con comida	Ejemplo: Presión arterial	Ejemplo: Análisis de sangre mensualmente

Fecha en que se actualizó: _____

Traiga todas las medicinas con usted a todas sus citas médicas (incluyendo aquellas que no requieran receta médica)