






My Medication List – Keep It Handy

- List everything you take—prescriptions, over-the-counter drugs, vitamins, herbs and supplements.
- Bring this list to every doctor’s appointment, if you go to the emergency room or hospital, and when you go to the pharmacy.
- Don’t run out of your medicine—ask your doctor for a new prescription or get a refill from your pharmacist.

Date: _____

Name and Dose of My Medicine	This Medicine Is for My _____	When Do I Take It and How Much?				I Will Remember to Take My Medicine _____ 
		Morning 	Noon 	Evening 	Bedtime 	
<i>Example: Hydrochlorothiazide 25 mg</i>	<i>Example: Hypertension (high blood pressure)</i>	<i>Example: 1 pill</i>				<i>Example: After I brush my teeth</i>

If you have any problems with your medicine – do not wait. Talk to your health care provider or pharmacist right away.






Patient Name: _____ Name of Primary Care Provider: _____ Name of Pharmacist: _____

Phone Number: _____ Phone Number: _____

Mi lista de medicamentos – Manténgala al alcance de su mano

- Haga una lista de todo lo que toma – medicamentos recetados, medicamentos sin recetas, vitaminas, infusiones y suplementos.
- Lleve esta lista a cada cita con el médico, si acude a la sala de emergencia o a un hospital, y cuando vaya a la farmacia.
- No se quede sin medicamentos – pídale a su médico una receta nueva o consiga un surtido de su farmaceuta.

Fecha: _____

Nombre y dosis de mi medicamento	Este medicamento es para mi _____	¿Cuándo lo tomo y en qué cantidad?				Recordaré tomar mi medicamento _____ 
		En la mañana 	Al mediodía 	En la noche 	A la hora de acostarme 	
<i>Ejemplo: Hydrochlorothiazide 25 mg</i>	<i>Ejemplo: Hipertensión (presión arterial alta)</i>	<i>Ejemplo: 1 pildora</i>				<i>Ejemplo: Después de cepillarme los dientes</i>

Si tiene problemas con su medicamento – no espere. Hable con su proveedor de atención médica o farmaceuta inmediatamente.

Nombre del paciente: _____ Nombre del proveedor de atención médica primario: _____ Nombre del farmaceuta: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono: _____