Gulf Coast Medical Center

Mi lista de medicinas

Conserve una copia de esta forma en SU CARTERA

INFORMACION PERSONAL **CUENTA #:** _____ **FECHA DE FORMA EN MARCHA:**_____ / _____ / _____

Nombre:	El doctor primario:
Número de teléfono:	Otro médico (s):
Fecha de nacimiento:	Farmacia primaria:
Contacto de emergencia (nombre / número de teléfono):	Otro Farmacia (s):

LISTA DE ALERGIAS Y CUALQUIER over-the-counter, los medicamentos herbarios, y tomar vitaminas que usted.

Las alergias a la medicina Alérgico a: Describir reacción alérgica:	**El exceso de medicamentos de venta libre** (Ejemplos: aspirina, antiácidos) Nombre: Dosis y frecuencia:	**Hierbas medicinales y vitaminas** (Ejemplos: ginseng, ginko, Echinacea) Nombre: Dosis y frecuencia:

Medicamentos de Prescripción LISTA DE TODOS LOS actualmente toma

Fecha iniciada	Nombre del medicamento	Dosis (Mg, ml)	Instrucciones para tomar (Cantidad, la frecuencia)	¿A qué hora del día que hacer ¿Toma la medicina?				¿Por qué estás tomando ¿esta medicina?	Fecha de interrumpir o modificar		Nombre del médico que ordenó la medicina

Gulf Coast Medical Center

Copyright © 2025 Gulf Coast Medical Center