

Lleve este registro de salud a TODAS las visitas a médicos y hospitales.

Nombre:	
Fecha de nacimiento:	
Alergias a medicamentos:	
Nombre de la farmacia:	
Teléfono de la farmacia:	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

	NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
1			
2			
3			

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

ESPECIALIDAD/TIPO DE MÉDICO	NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO
Médico de Atención Primaria (PCP)		

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN MÉDICO

	DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
1	Servicio al Cliente	
2	Nombre del Administrador de Caso: _____	
3		

HISTORIAL Y ALERTAS DE SALUD

AFECCIONES MÉDICAS	
1	
2	
3	
4	
5	

ALERTAS	ACCIÓN

PREGUNTAS PARA SU MÉDICO	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Próxima visita programada al PCP (fecha y hora): _____

Próxima visita programada al Especialista (fecha y hora): _____

METAS PERSONALES	
1	
2	
3	
4	
5	

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

- Diga a su médico TODOS los medicamentos que usted está tomando, incluso los medicamentos de venta sin receta, vitaminas y fórmulas herbarias.
- Actualice este Registro de Medicamentos cada vez que haya un cambio en los medicamentos que usted está tomando.
- Conozca el motivo por el cual usted toma cada medicamento y entienda qué cantidad, cuándo y por cuánto tiempo debe tomar cada medicamento.
- Conozca los posibles efectos secundarios de los medicamentos y entienda lo que debe hacer si tiene efectos secundarios.
- Llame a su médico si tiene preguntas sobre sus medicamentos o si desea cambiar la forma en que usted toma sus medicamentos.

	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (incluya los de venta libre)	DOSIS mg/mcg/cc	FRECUENCIA (ej. 1X/día, 2X/día, cada dos días)	PROPÓSITO DEL MEDICAMENTO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				