



**Doble esta forma y lo mantiene en su billetera.**

**Fecha que forma empezó:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Contacto de emergencia/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**REGISTRO de INMUNIZACION** (Escribe la fecha/el año de última dosis tomada, si conocido)

EL TÉTANO	VACUNAS ANTIGRIPALES	
VACUNA DE PULMONÍA	VACUNA DE HEPATITIS	OTRO

<b>Alérgico a / Describe la Reacción:</b>	<b>Alérgico a / Describe la Reacción:</b>

**LISTA TODAS de las MEDICINAS que TOMA ACTUALMENTE:** La prescripción y las medicinas sin receta (ejemplos: aspirina, los antiácidos) y de hierbas (ejemplos: ginseng, gingko). Incluya las medicinas tomadas cuando necesario (ejemplo: nitroglicerina).

FECHA	NOMBRE DE MEDICINA/DOSIS	DIRRECCIONES: Utilice direcciones amistosas para pacientes. (No utilice las abreviaciones médicas.)	FECHA PARO	Notas: Razón para tomar/ Nombre del doctor

**Se refiere al otro lado de la forma para direcciones, los beneficios de utilizar la forma, y cómo obtener más copias.**

# Forma universal de medicina

## Paciente:

---

Médico Primario \_\_\_\_\_ número de teléfono \_\_\_\_\_

Farmacia Prefirió \_\_\_\_\_ número de teléfono \_\_\_\_\_

---

1. **SIEMPRE MANTENGA ESTA FORMA CON USTED.** Puede doblarlo y lo mantiene en su billetera con su licencia de manejar. Entonces estará disponible para una emergencia.
2. Escribe todas las medicinas que toma y lista todas de sus alergias.
3. Tome esta forma a **TODAS** visitas a su médico, cuando va para pruebas y **TODAS** visitas al hospital.
4. **ESCRIBE TODOS CAMBIOS EN SUS MEDICINAS** en esta forma. Si para tomar una medicina, traza una línea por ello y escribe la fecha que lo fue parado. Si necesita ayuda, pregunte a su Médico, la Enfermera, el Farmacéutico, o el miembro de la familia para ayudarlo a **mantenerlo reciente**.
5. En la columna de NOTAS, escribe el nombre del médico que dijo tomar la medicina (o las medicinas). Puede escribir también por qué toma la medicina (Ejemplos: la hipertensión, el nivel de azúcar en la sangre alto, el colesterol alto).
6. Cuando es descargado del hospital, alguien hablará con usted de **CUALES MEDICINAS TOMAR Y CUALES MEDICINAS PARAR TOMANDO**. Desde que muchos cambios a menudo son hechos después de un hospital estadia, necesita escribir una nueva forma. Cuando vuelve a su médico, toma su nueva forma con usted. Esto mantendrá todas personas reciente en sus medicinas.
7. Para copias adicionales de esta forma, visite **www.tnpharm.org**.

---

## ¿Como recibe ayuda con esta forma?

1. Esta forma le ayuda y sus miembros de la familia recordar **todas las medicinas que toma**.
2. Provee a su médico y los otros con una **lista actual de todas sus medicinas**. ¡Los médicos necesitan saber las hierbas, las vitaminas, y las medicinas sin receta que toma!
3. **Le ayuda a ud.** – Su médico puede encontrar problemas y prevenidos cuando sabe medicinas que toma.

---

**Si tiene preguntas acerca de sus medicinas, pregunte a sus proveedores de médica o si después de horas llama el Centro de Veneno en 1-800-222-1222.**

### PATROCINADORES

Tennessee Medical Association • Tennessee Nurses Association  
Tennessee Hospital Association • Tennessee Academy of Family Physicians  
Tennessee Dental Association • Tennessee Pharmacists Association