Nombre del medicamento y concentración	Dosis (Nº de píldoras, pulverizaciones, inhalaciones, gotas, etc.)	Hora (¿Con qué frecuencia? ¿A qué hora? ¿Según sea necesario? ¿Antes o después de las comidas?)	Motivo para tomar el medicamento	Fecha de inicio	Fecha de término
Ejemplo: Norvasc 10 mg	1 píldora	Una vez al día a las 8:00 a.m.	Presión arterial alta	9/15/04	

Información del paciente

Nombre: _____

Teléfono: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____

Teléfono: _____

Alergias

_____

_____

_____

_____

Grupo sanguíneo _____

Médicos y proveedores de atención de salud

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Farmacia

Nombre: _____

Teléfono: _____

Para obtener información de salud, visite **BCBSRI.com.**

Fechas de las últimas inmunizaciones (vacunas) para adultos

Neumonía: _____

Tétano: _____

Gripe: _____

Otro: _____

_____

¿Qué medicamentos debo incluir?

- Medicamentos de venta con receta médica
- Medicamentos de venta sin receta médica
- Vitaminas
- Remedios a base de hierbas
- Píldoras de nutrición
- Medicamentos de terapia respiratoria (como inhaladores)
- Medicamentos para el factor de la sangre (usados por las personas con hemofilia)
- Soluciones intravenosas (en la vena, inyectable)
- Nutrición intravenosa (en la vena, inyectable)

Tarjeta de bolsillo de registro de medicamentos

The Rhode Island **Health Literacy Project**

Nombre del medicamento y concentración	**Dosis** (Nº de píldoras, pulverizaciones, inhalaciones, gotas, etc.)	**Hora** (¿Con qué frecuencia? ¿A qué hora? ¿Según sea necesario? ¿Antes o después de las comidas?)	**Motivo para tomar el medicamento**	**Fecha de inicio**	**Fecha de término**
Ejemplo: Norvasc 10 mg	1 píldora	Una vez al día a las 8:00 a.m.	Presión arterial alta	9/15/04	

Desarrollado en conjunto con Blue Cross & Blue Shield de Rhode Island.