FORMULARIO UNIVERSAL DE MEDICAMENTOS

Doble este formulario y manténgalo en su cartera. Fecha efectiva del formulario:

Nombre:	**Dirección:**
Número de Teléfono:	
Fecha de Nacimiento:	
Contacto de Emergencia/Números Telefónicos:	

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (Escriba la fecha o el año de la última dosis de la vacuna.)

TÉTANO	VACUNA CONTRA LA INFLUENZA	
VACUNA CONTRA LA PULMONÍA	VACUNA CONTRA LA HEPATITIS	**OTRA**

¿Es alérgico a algún medicamento? Describa la reacción.	¿Es alérgico a algún medicamento? Describa la reacción.

ANOTE TODO MEDICAMENTO QUE ESTÉ TOMANDO ACTUALMENTE:

medicamentos recetados o sin receta (ejemplo: aspirina, antiácidos) y productos naturales (ejemplo: ginseng, gingko). Incluya medicamentos que toma sólo cuando los necesita (ejemplo: nitroglicerina)

FECHA	**NOMBRE DEL MEDICAMENTO / DOSIS**	**INSTRUCCIONES: INSTRUCCIONES SIMPLES NO UTILICE ABREVIATURAS MÉDICAS.**	**FECHA QUE LO DEJÓ DE TOMAR**	**Notas: Razones Para Tomarlo/ Nombre del Médico**

Refiérase al dorso del formulario para instrucciones y beneficios al usar el formulario.

FORMULARIO UNIVERSAL DE MEDICAMENTO

Paciente:

1. LLEVE SIEMPRE ESTE FORMULARIO CONSIGO. Debe doblarlo y mantenerlo en su cartera.
2. Anote todas las medicinas que esté tomando.
3. Lleve éste formulario a TODAS las citas médicas, cuando le vayan a hacer análisis y a TODAS sus visitas al hospital.
4. ESCRIBA EN ESTE FORMULARIO TODO CAMBIO EN SUS MEDICINAS. Si ya no toma cierta medicina, trace una línea sobre el nombre y escriba la fecha que dejó de tomarla. Si necesita ayuda al llenar este formulario, consulte a su Médico, Enfermera, Farmacéutico o miembro de la familia para llenarlo y mantenerlo al día.
5. En la columna denominada "NOTAS", anote el nombre del médico que le dijo que tomara la medicina. Debe anotar la razón por la que toma la medicina (Ejemplo: alta presión arterial, hipoglucemia, colesterol alto).
6. Recibirá un formulario nuevo al ser dado de alta del hospital. Alguien hablará con usted al respecto y se le dará una copia. **SABRÁ QUÉ MEDICAMENTOS TOMAR Y QUÉ MEDICAMENTOS DEBE DEJAR DE TOMAR.** Cuando regrese al médico, lleve su nuevo formulario consigo. Esto ayudará a todos a mantenerse al día con sus medicinas.

¿CÓMO PUEDE AYUDARLE ESTE FORMULARIO?

1. Este formulario le ayudará a **recordar** a usted y a los miembros de su familia **todas las medicinas que usted está tomando.**
2. Le proveerá a su médico una **lista actual de TODAS sus medicinas.**
3. **Le ayuda a usted –** podremos identificar y prevenir errores al saber las medicinas que está tomando.

SCHA South Carolina Hospital Association

SCPhA Est. 1876 — SC Pharmacy Association

The Carolinas Center for Medical Excellence — Improving healthcare quality since 1983

SC Emergency Medical Service Association

South Carolina Society of Health System Pharmacists

South Carolina Medical Association — Voice of One. Power of Many.

PHTS — RISK MANAGEMENT SERVICES

Para copias del FORMULARIO UNIVERSAL DE MEDICAMENTO, visite la página electrónica **www.scha.org** de South Carolina Hospital Association.

Diseñado por AnMed Health y South Carolina Hospital Association 2004