

Cómo utilizar My Medicine List™:

My Medicine List™ puede ayudarle y ayudar a su familia a realizar un seguimiento de todo lo que toma para estar saludable —sus píldoras, vitaminas y hierbas. Anotar todos sus medicamentos en un solo lugar también ayuda al médico, farmacéutico, hospital y otros trabajadores del cuidado de la salud a cuidarlo mejor.

¡Comience a usar My Medicine List™ hoy mismo!

1. Con la ayuda de su profesional de la salud, complete el formulario.
2. Para llenar el formulario, necesita tener frente a usted una lista de todos sus medicamentos o todo lo que toma. Asegúrese de incluir los medicamentos que adquiere en todas las farmacias que utiliza, así como los medicamentos de venta sin receta, vitaminas, hierbas o minerales que pueda tomar.
3. Luego, piense en lo que usted toma por la mañana, por la tarde, cerca del horario de la cena y antes de ir a dormir.
4. Para cada medicamento (incluyendo los adquiridos sin receta médica), vitamina o hierba que toma, usted necesita anotar la siguiente información:
 - El nombre de lo que toma (como Tylenol, Acetaminofén 500 mg)
 - La cantidad que toma de este medicamento (1 píldora, 3 gotas, 2 inhalaciones)
 - Cómo es (redondo, blanco y rojo, líquido claro)
 - Cómo se toma (por vía oral, con alimentos, con una aguja)
 - Comenzó a tomar esto el: (15 de septiembre del 2007)
 - Dejará de tomarlo el: (30 de septiembre del 2007)
 - Por qué lo toma (por mi artritis, para mi corazón, para reducir el colesterol)
 - Quien me recomendó usarlo (mi médico de cabecera, mi médico de la artritis)

Este es un ejemplo:

Nombre del medicamento (Nombre de marca, nombre genérico, dosis)	Esto parece	¿Qué cantidad?	Cómo lo tomo	Comencé a tomarlo el:
Zocor, simvastatin, 40 mg	Píldora amarilla	1 píldora	Con agua	Junio de 2001

5. Siempre lleve esta tarjeta con usted. Pliéguela y manténgala en su billetera o cartera, para usarla en casos de emergencia.
6. Cada vez que deje de tomar algo o comience a tomar algo nuevo, asegúrese de actualizar My Medicine List™.
7. Cuando acuda al médico, a su farmacéutico, cuando se realice una prueba o tenga que ir al hospital o sala de emergencia, lleve este formulario con usted.
8. Si tiene alguna pregunta sobre sus medicamentos, consulte a su médico o farmacéutico.



© Copyright 2008 My Medicine List™ fue desarrollado por la Sociedad Americana de Farmacéuticos del Sistema Sanitario (ASHP, por su siglas en inglés) y la Fundación para la Investigación y Educación de la ASHP, mediante un patrocinio de sanofi-aventis, US, LLC.

Para obtener más información sobre cómo usar los medicamentos de forma segura, visite www.SafeMedication.com.



**No regrese esta tarjeta a Humana.
Llévela consigo en todo momento.**

GCHJA2BSP 0415



My Medicine List™

Esta lista de medicamentos es para:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si necesita comunicarse conmigo, utilice:

Este número telefónico: _____

Este correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____

La mejor forma de comunicarse con mi contacto de emergencia es:

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Soy alérgico a: _____

Además, también tengo algunos problemas con los siguientes medicamentos:

Cómo mantener mi My Medicine List™ actualizada:

Es muy importante mantener esta información actualizada. Utilice la cartilla a continuación para revisar y actualizar My Medicine List™. Puede actualizarla con su médico, farmacéutico, enfermera u otro profesional de la salud.

Revisada por:	Revisada el:	Actualizada el:	Actualizada por:



Preguntas para mi médico o farmacéutico:

Utilice la guía que se encuentra al reverso para completar My Medicine List™



