*Este Registro de Medicinas es para:*_____

(por favor escriba en letra de imprenta toda la información) *Apellido, nombre*

Alergias:	**[ ] Sin alergias conocidas**
Nombre y teléfono de la farmacia primaria:	Nombre del médico primario:
Nombre y teléfono de la farmacia secundaria:	Teléfono del médico:

fecha de comienzo	**Nombre de la medicina** (Incluya potencia - dosis - frecuencia)	**Horario de tomar** Mañana	Mediodia	Tarde	Noche	**Propósito**
	médico otro nombre:					
	médico otro nombre:					
	médico otro nombre:					
	médico otro nombre:					
	médico otro nombre:					
	médico otro nombre:					
	médico otro nombre:					
	médico otro nombre:					
	médico otro nombre:					
	médico otro nombre:					

Que le debe Preguntar a su médico?

¿Porqué estoy tomando esta medicina?
¿Por cuánto tiempo debo tomarla?
¿Debo tomarla con el estómago vacío o con alimentos?
¿Qué debo hacer si me olvido de tomarla?
¿Qué efectos secundarios debo observar?
¿Se puede beber alcohol con la medicina sin riesgo?
¿Bajo qué circunstancias debo llamarlo?
¿Puedo ahorrar dinero usando una droga genérica que puede ser igualmente efectiva?

Definiciones:

MEDICIN que la droga de nombre de marca pero a menudo cuesta menos.

MEDICINA BAJO RECETA - Una droga farmacéutica que solamente puede comprarse con permiso del doctor.
FECHA DE COMIENZO - la fecha en la cual Ud. comenzó a tomar la medicina.

WOMEN'S HEART FOUNDATION

Lea cuidadosamente las etiquetas de la medicina. Guarde este registro de medicina con Ud. y anote o póngalo al diá según necesario.

Anote en el reverso los suplementos herbáceos y otros que esté tomando. Mantega este registro con su documentos médico.

CAMPAÑA DE SEGURIDAD DE MEDICINAS, Derechos de Propiedad Intelectual 1999, UHCS et Women's Heart Foundation, P.O.Box 7827, West Trenton, NJ 08628. Rev.02/10/01.