



Consejo Nacional Para Adultos Mayores

# Mi Registro de Medicamentos

Nombre: \_\_\_\_\_ Telf: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Telf: \_\_\_\_\_

Médico especialista: \_\_\_\_\_ Telf: \_\_\_\_\_

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Telf: \_\_\_\_\_

Diagnósticos y Condiciones: \_\_\_\_\_

Historia Reciente/Problemas: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

Nombre del Medicamento	Propósito o Razón Para tomarlo	Dosis	Hora(s) del día	Instrucciones especiales o efectos secundarios

Si es necesario, utilice otro formulario para medicamentos adicionales.

© 2020 National Council on Aging. All rights reserved.