

## Medicamentos sin receta

(marque aquellos que utiliza de forma continuada):

- Antiácidos
- Aspirina/otros medicamentos para el dolor, dolor de cabeza o fiebre
- Laxantes
- Medicamentos para la alergia
- Medicamentos para el catarro
- Medicamentos para la tos
- Pastillas para adelgazar
- Pastillas para dormir
- Plantas medicinales
- Vitaminas
- Otros (escribir debajo)

---

---

---

---

---

## Recuerde preguntar

a sus farmacéuticos, a sus médicos o a otros proveedores médicos:

- 1** ¿Qué nombre tiene el medicamento y para qué sirve? ¿Es su nombre comercial o es su nombre genérico?
- 2** ¿Cómo, cuándo y durante cuánto tiempo he de tomarlo?
- 3** ¿Es necesario realizar algún examen de seguimiento con este medicamento (por ejemplo, exámenes de la función hepática o renal)?
- 4** ¿Qué alimentos, bebidas, medicinas, y otras actividades deberé evitar mientras tome este medicamento?
- 5** ¿Cuáles son los efectos adversos posibles?, y si se presentan ¿qué debo hacer?
- 6** ¿Esta nueva receta médica no dará problemas mientras sigo tomando otros medicamentos de receta y otros sin receta?
- 7** ¿Hay alguna información escrita disponible sobre este medicamento? (¿La tiene en letra grande, o en otro idioma que no sea inglés?)

INFÓRMATE *antes de Medidarte*  
**CONOCIMIENTO**   
*es la Mejor Medicina*

### Tarjeta de Medicamentos

### National Council on Patient Information and Education

4915 Saint Elmo Ave., Suite 505  
Bethesda, MD 20814-6082

Tel: (301) 656-8565  
Fax: (301) 656-4464

e-mail: [ncpie@ncpie.info](mailto:ncpie@ncpie.info)

[www.talkaboutrx.org](http://www.talkaboutrx.org)  
[www.bemedwise.org](http://www.bemedwise.org)

# **Datos Médicos Personales** Escriba con un lápiz

Mi nombre es \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono privado (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## **Soy alérgico a (por favor marcar):**

- |                                     |  |   |                                  |
|-------------------------------------|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina   | <input type="checkbox"/> Alimentos             | <input type="checkbox"/> Antibióticos       | <input type="checkbox"/> Codeína |
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos | <input type="checkbox"/> Otros medicamentos |                                  |

## **Mi estado de salud incluye:**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alteración de la vista | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Marcapasos            |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones del ECG   | <input type="checkbox"/> Depresión       | <input type="checkbox"/> Epilepsia           | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Artrosis/Artritis      | <input type="checkbox"/> Diabetes        | <input type="checkbox"/> Hemodiálisis        | <input type="checkbox"/> Sordera               |
| <input type="checkbox"/> Otros _____            |  |  |  |

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del farmacéutico \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## **En caso de emergencia llamar a:**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## **Todos los Medicamentos que Estoy Tomando:**

Por receta:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Si Ud. tiene preguntas acerca  
de algún medicamento, visite  
**[www.medlineplus.gov](http://www.medlineplus.gov)**

(Por favor escriba en la otra cara los  
medicamentos sin receta que esté tomando)