

Mi lista de medicamentos

Nombre y dosis del medicamento	Este medicamento es para mi:	¿Cuándo debo tomarlo? ¿Qué cantidad? ¿Con qué frecuencia?				Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
		En la mañana	En la tarde	En la noche	Antes de acostarme		

Adaptado de My Medication List – Keep it Handy (Mi lista de medicamentos. Manténgala a la mano), Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York.

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ FARMACIA PREFERIDA: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____



¿Tiene alguna pregunta? Llame a los Programas de Salud de Alliance •

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Número de teléfono: **1.510.747.4577** • Llamada gratuita: **1.877.932.2738**

Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**

www.alamedaalliance.org