

Para obtener formas Med adicionales, visite: [www.themedform.com](http://www.themedform.com)



# LA FORMA MED

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha Completada: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida/Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia/Teléfono: \_\_\_\_\_

## Medicamentos que le causan **Alergias** o **Reacciones Adversarias**:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Medicamentos que Toma Ahora:

*Por favor liste los medicamentos que esta actualmente tomando, incluyendo los que son sin receta (por ejemplo, aspirina, anti-acidos, vitaminas e hierbas).*

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Porqué los esta tomando: \_\_\_\_\_ Direcciones \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó a tomarlos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Porqué los esta tomando: \_\_\_\_\_ Direcciones \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó a tomarlos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Porqué los esta tomando: \_\_\_\_\_ Direcciones \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó a tomarlos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Porqué los esta tomando: \_\_\_\_\_ Direcciones \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó a tomarlos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Porqué los esta tomando: \_\_\_\_\_ Direcciones \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó a tomarlos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Porqué los esta tomando: \_\_\_\_\_ Direcciones \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó a tomarlos: \_\_\_\_\_

*Siempre mantenga esta forma con usted.*

*(vuelta)*

Para obtener formas Med adicionales, visite: [www.themedform.com](http://www.themedform.com)

Cut along solid lines and fold on dotted lines to fit in your wallet.

### Medicamentos que Toma Ahora: (continúa)

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Porqué los esta tomando: \_\_\_\_\_ Direcciones \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó a tomarlos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Porqué los esta tomando: \_\_\_\_\_ Direcciones \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó a tomarlos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Porqué los esta tomando: \_\_\_\_\_ Direcciones \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó a tomarlos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Porqué los esta tomando: \_\_\_\_\_ Direcciones \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó a tomarlos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Porqué los esta tomando: \_\_\_\_\_ Direcciones \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó a tomarlos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Porqué los esta tomando: \_\_\_\_\_ Direcciones \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó a tomarlos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Porqué los esta tomando: \_\_\_\_\_ Direcciones \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó a tomarlos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Porqué los esta tomando: \_\_\_\_\_ Direcciones \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó a tomarlos: \_\_\_\_\_

### Historia Clínica de Inmunización:

(Incluya fechas en que se las administraron)

Tétano \_\_\_\_\_  Vacuna contra la pulmonía \_\_\_\_\_

Vacuna contra la influenza \_\_\_\_\_  Vacuna contra la hepatitis \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_



Siempre mantenga esta forma con usted.