

### Contactos de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Telefono de casa: \_\_\_\_\_  
 Telefono celular: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Telefono de casa: \_\_\_\_\_  
 Telefono celular: \_\_\_\_\_

### Médico de Contacto

Nombre de Médico: \_\_\_\_\_  
 Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Médico: \_\_\_\_\_  
 Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Médico: \_\_\_\_\_  
 Numero de telefono: \_\_\_\_\_

### Mi Farmacia

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_

Nantucket Cottage Hospital  
 57 Prospect Street - Nantucket, MA 02554  
 phone: 508.825.8100 - fax: 508.825.8133  
 NantucketHospital.org



Honor the Past 100 2011 Celebrate the Future

### My Tarjeta de Medicamentos

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Telefono de casa: \_\_\_\_\_  
 Telefono celular: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_



### Sobre Mi

Tipo de sangre: \_\_\_\_\_  
 Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Hombre: \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_  
 Religión: \_\_\_\_\_ Fecha en la  
 cual esta tarjeta se completó \_\_\_\_\_  
 Fecha de vacunación: \_\_\_\_\_  
 Tétanos: \_\_\_\_\_  
 Neumocócica: \_\_\_\_\_  
 Influenza: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_  
 Donante de organos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

He nombrado un apoderado para el cuidado  
 de mi salud: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, quién debe ser contactado?

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Telefono en casa: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_

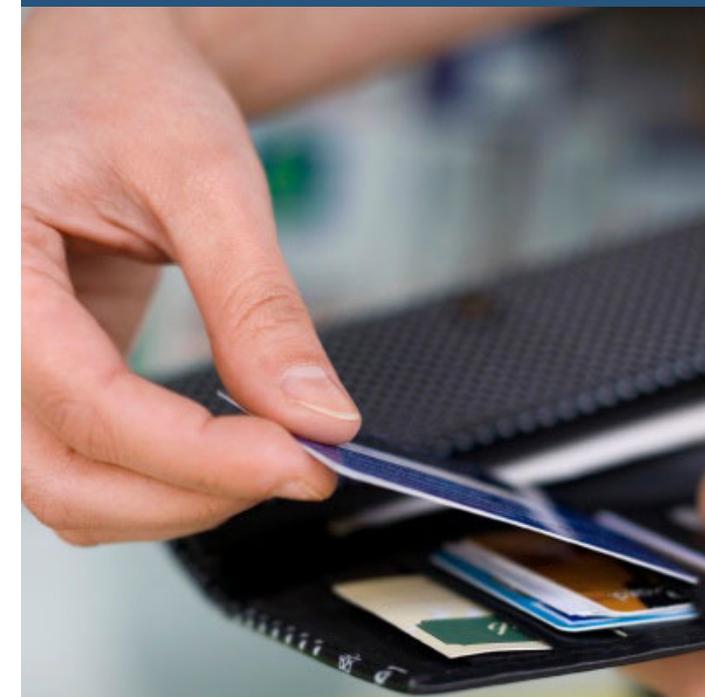
Tengo un testamento en vida: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Administración de sus medicamentos

- **Escriba sus preguntas con anticipación.** Mantenga una lista de preguntas que usted quiera hacer a su equipo de atención médica. Lleve esta lista con usted a su cita.
- **Tome notas** cuando obtenga información de su equipo de atención médica.
- **Traiga a un amigo o familiar** con usted cuando vaya al médico. Hablar sobre lo que usted hace con alguien de confianza le puede ayudar a tomar mejores decisiones.
- **Trate de usar la misma farmacia** para comprar todos sus medicamentos de manera que los registros de medicamentos este todos en un solo lugar.
- **Dígale a su médico, enfermera o farmacéutico** sobre los medicamentos que toma actualmente, incluyendo las vitaminas y los suplementos de venta libre, y si alguna vez ha tenido problemas despues de haver tomado algún medicamento anteriormente.

## NANTUCKET COTTAGE HOSPITAL

### Tarjeta de Medicamentos



Utilice esta tarjeta de medicamentos para mantener un registro de sus medicamentos, condiciones médicas y de información en caso de emergencia.



# La seguridad de los medicamentos comienza con usted

## CONSEJOS PARA LLENAR ESTA TARJETA DE MEDICACION

Su tarjeta de medicamentos puede ayudar a usted y a su familia a mantener control de todo lo que toma para mantenerse sano: pastillas, vitaminas y hierbas.

Haga una lista de todas sus medicinas y todo lo demás que usted toma. Su médico puede ayudarle con las vacunas y otras inyecciones. Su farmacéutico le puede dar una lista de todos los medicamentos que le han recetado. Asegúrese de incluir las medicinas que usted toma de todas las farmacias que utiliza y de los medicamentos de venta libre, vitaminas, hierbas y minerales que usted tome.

Piense en lo que se toma por la mañana, tarde, alrededor de la hora de cenar y antes de irse a la cama.

### ¡Hable!

Usted nunca debe tener miedo de preguntarle a su médico, enfermera o farmacéutico sobre sus medicamentos. Su salud es demasiado importante.

Para cada medicamento que usted toma (incluyendo los que no tienen una receta), vitaminas o remedios de hierbas, escriba estas cosas en el espacio correspondiente en la tarjeta de medicamentos.

- **Nombre de Droga:** haga una lista el nombre de lo que toma: Tylenol, Aspirina ect.
- **Color / Forma de Píldora:** indique la forma y / o tipo, redondo, blanco y rojo, líquido claro.
- **Fórmula:** 80 mg, 20 mg, una tapita, etc
- **Dosis:** una pastilla, dos cucharaditas, tres gotas, dos inhalaciones
- **Con qué frecuencia / Cuando** usted se lo toma: por la mañana con agua, a la hora de la cena, antes de acostarse
- **Para qué sirve:** para la artritis, para el corazón, para bajar el colesterol
- **Quién se lo recetó:** Su médico de familia, su especialista en artritis, etc.

### Yo Estoy tomando los siguientes medicamentos: (Incluyendo vitaminas o suplementos vendidos sobre el mostrador)

Nombre de Droga	Color/forma de la píldora	Formula	Dosage	Con qué frecuencia/ Cuando	Para que es / Quien se lo recetó

### Condiciones Médicas y Alergias

Condiciones Medicas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Alergia Conocida: \_\_\_\_\_ Reacción? \_\_\_\_\_  
 Alergia Conocida: \_\_\_\_\_ Reacción? \_\_\_\_\_  
 Alergia Conocida: \_\_\_\_\_ Reacción? \_\_\_\_\_

Cerciorese que esta información sea verificada por su médico o farmacéutico durante cada visita  
**Tenga esta tarjeta con usted en todo momento**