

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (Escriba la fecha o el año de la última dosis de la vacuna.)
TÉTANO
VACUNA CONTRA LA INFLUENZA
VACUNA CONTRA LA PULMONÍA
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS

Comentarios/Otra Información	

PACIENTES:

1. LLEVE SIEMPRE ESTE FORMULARIO CONSIGO. Debe doblarlo y mantenerlo en su cartera.
2. Anote todas las medicinas que esté tomando.
3. Lleve éste formulario a TODAS las citas médicas, cuando le vayan a hacer análisis y a TODAS sus visitas al hospital.
4. ESCRIBA EN ESTE FORMULARIO TODO CAMBIO EN SUS MEDICINAS. Si ya no toma cierta medicina, trace una línea sobre el nombre y escriba la fecha que dejó de tomarla. Si necesita ayuda al llenar este formulario, consulte a su Médico, Enfermera, Farmacéutico o miembro de la familia para llenarlo y mantenerlo al día.
5. En la columna denominada "NOTAS", anote el nombre del médico que le dijo que tomara la medicina. Debe anotar la razón por la que toma la medicina (Ejemplo: alta presión arterial, hipoglucemia, colesterol alto).
6. Recibirá un formulario nuevo al ser dado de alta del hospital. Alguien hablará con usted al respecto y se le dará una copia. **SABRÁ QUÉ MEDICAMENTOS TOMAR Y QUÉ MEDICAMENTOS DEBE DEJAR DE TOMAR.** Cuando regrese al médico, lleve su nuevo formulario consigo. Esto ayudará a todos a mantenerse al día con sus medicinas.

¿CÓMO PUEDE AYUDARLE ESTE FORMULARIO?

1. Este formulario le ayudará a **recordar** a usted y a los miembros de su familia **todas las medicinas que usted está tomando.**
2. Le proveerá a su médico una **lista actual de TODAS sus medicinas.**
3. **Le ayuda a usted** – podremos identificar y prevenir errores al saber las medicinas que está tomando.

Para imprimir mas copias del Formulario Universal de Medicamento, por favor valla a www.rxpert.org.