

Lista de medicamentos

Complete esta hoja con los frascos a la vista, no de memoria. Haga una copia nueva el día que algo cambie.

Para _____ Último cambio _____

Alergias y reacciones _____ Teléfono de la farmacia _____

Medicamento (nombre del frasco)	Dosis	Horarios	Para qué es	Recetado por	Farmacia	Resurtido

Suplementos y medicamentos de venta libre (también van en la lista)

Medicamento (nombre del frasco)	Dosis	Horarios	Para qué es	Recetado por	Farmacia	Resurtido

Lleve una copia a cada cita y deje una con cada médico que recete, incluidos el dentista y el oftalmólogo.

Hoja de cuidado diario

Una página por día, para el relevo entre quien está hoy y quien viene mañana.

Fecha _____ Cuidador(es) de hoy _____

Medicamentos dados	Dado	Iniciales	Notas (rechazado, tarde, efectos secundarios)
Mañana	☐		
Mediodía	☐		
Tarde	☐		
Antes de dormir	☐		

Comidas Desayuno _____ Almuerzo _____ Cena _____ Refrigerios _____	Líquidos (tazas o vasos) _____ _____ _____ _____
---	---

Ánimo y estado de alerta _____ _____ _____	Movilidad, dolor, caídas _____ _____ _____
--	--

Visitas y citas de hoy

Notas para la siguiente persona

