

## Cómo utilizar la Lista de medicamentos (MedList): (How to use the Medication List (MedList))

Es importante llevar esta lista de medicamentos a todas y cada una de las visitas de atención médica. Tener todos los medicamentos anotados en un solo lugar ayuda a los médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica a cuidar de sus pacientes de una mejor manera. Esta MedList ayuda a dar seguimiento a lo que está tomando una persona para mantenerse saludable, tal como: medicamentos con receta médica, vitaminas, medicamentos de venta libre, hierbas y suplementos. **Para obtener una MedList para su teléfono o computadora, visite [www.albertahealthservices.ca/medlist](http://www.albertahealthservices.ca/medlist)** ¡Comience a utilizar la MedList hoy mismo!

1. Si necesita ayuda para llenar la MedList, solicite a un familiar, amigo o proveedor de atención médica que le ayude.
2. Antes de llenar la lista, reúna todos los medicamentos que está tomando actualmente, tales como: píldoras, parches, inhaladores, gotas para los ojos/oídos/nariz, cremas, ungüentos y muestras de medicamentos. Además, asegúrese de incluir cualquier medicamento de venta libre, vitaminas, minerales, productos de hierbas o drogas psicoactivas (por ejemplo, alcohol o marihuana).
3. Anote lo siguiente para cada medicamento que toma:
  - a. El nombre (ejemplo: Tylenol®, también conocido como acetaminofén)
  - b. La dosis o concentración (ejemplo: 500 mg o 1000 UI)
  - c. Cantidad (ejemplo: 1 pastilla, 5 ml, 3 gotas o 2 inhalaciones)
  - d. Con qué frecuencia y cuándo se debe tomar el medicamento (ejemplo: marque la frecuencia de uso por la mañana o tarde, o si no se menciona, como 1 vez por semana, anote esta información adicional)
  - e. Motivo para tomar el medicamento (ejemplo: para la artritis)
  - f. Para cualquier información adicional, tal como: tomar el medicamento con o sin comida o quién recetó el medicamento (ejemplo: médico de la familia, especialista, naturópata)
  - g. La fecha. Actualice la MedList cuando ocurran cambios en los medicamentos, como dejar de tomar uno, cambio de dosis o empezar con uno nuevo. Tache en la lista los medicamentos que dejó de tomar.

### A continuación encontrará un ejemplo:

| Nombre del medicamento | Dosis         | Cantidad          | Con qué frecuencia y cuándo tomar/usar |       |       |                   |                     | Por qué lo tomo                     | Información adicional             | Fecha              |
|------------------------|---------------|-------------------|--|-------|-------|-------------------|---------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
|                        |               |                   | Mañana                                 | Tarde | Noche | Hora de acostarse | Según sea necesario |                                     |                                   |                    |
| <i>atorvastatina</i>   | <i>20 mg</i>  | <i>1 pastilla</i> |  |       |       |                   | ✓                   | <i>Para disminuir el colesterol</i> | <i>Recetado por Dr. Goodheart</i> | <i>09-ene-2015</i> |
| <i>naproxeno</i>       | <i>500 mg</i> | <i>1 pastilla</i> | ✓                                      |       |       | ✓                 |                     | <i>Para mi artritis</i>             | <i>Recetado por Dr. Goodheart</i> | <i>23-ene-2015</i> |

4. Mantenga esta lista siempre a mano. La puede guardar en la billetera o en la cartera para que esté disponible cuando la necesite.
5. Tome esta lista y llévela cuando visite al médico, farmacéutico, cuando tenga una cita o prueba médica, o tenga que ir al hospital.
6. Comuníquese con el médico o farmacéutico si tiene alguna pregunta sobre sus medicamentos.

Esta página se ha dejado en blanco  
intencionadamente.



# Lista de medicamentos

Esta lista puede ayudar a dar seguimiento a todo para que usted y sus familiares se mantengan saludables. Enumere los medicamentos con receta médica, vitaminas, hierbas y de venta libre. Tener todos los medicamentos anotados en un solo lugar ayuda a los médicos, farmacéuticos, hospitales y otros proveedores de atención médica a brindar una mejor atención. ¡Comience a utilizar la MedList hoy mismo!

Para obtener más información, instrucciones u obtener una copia para su teléfono o computadora, visite [www.albertahealthservices.ca/medlist](http://www.albertahealthservices.ca/medlist)

|   |           |  |   |   |               |
|---|-----------|--|---|---|---------------|
| Nombre y apellido <i>(a quién pertenece la MedList)</i>   |           | Fecha de nacimiento<br><i>(dd-mm-aaaa)</i> |   | Sexo<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino |               |
| Número de salud personal  | Dirección |  | Ciudad  |   | Código postal |
| Nombre de contacto en caso de emergencia  |           | Teléfono                                   | Nombre de contacto secundario en caso de emergencia |   | Teléfono      |
| Nombre del médico de la familia   |           | Teléfono                                   | Nombre de la farmacia                               |   | Teléfono      |
| Nombre del especialista/médico  |           | Teléfono                                   | Nombre del especialista/médico                      |   | Teléfono      |
| Nombre y N.º del plan médico/de beneficios <i>(por ejemplo, Alberta Blue Cross)</i>   |           |  |   |   |               |
| Historial médico<br><input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Otro historial médico significativo:<br><input type="checkbox"/> Presión arterial alta                      _____<br><input type="checkbox"/> Afecciones cardíacas                      _____<br><input type="checkbox"/> Problemas respiratorios                      _____ |           |  |   |   |               |
| Alergias <i>(Esta es una lista de medicamentos a los cuales soy alérgico, así como de lo que sucede cuando los tomo)</i><br><input type="checkbox"/> Sin alergias a medicamentos<br>_____<br>_____<br>_____   |           |  |   |   |               |

Adaptado de 'It's Safe to Ask Medication Card' (Es seguro solicitar la tarjeta de medicamentos) del Instituto Manitoba para la Seguridad del Paciente (Manitoba Institute for Patient Safety).

**Si aparece en la lista, no se omitirá**



# Lista de medicamentos

Enumere todos los medicamentos que toma/usa. Incluya los parches, inhaladores, gotas para los ojos/oídos/nariz, cremas y ungüentos. También incluya los medicamentos de venta libre, vitaminas, minerales, productos de hierbas o drogas psicoactivas *(por ejemplo, alcohol o marihuana)*.

**Mantenga su lista actualizada: utilice la columna de fecha para indicar cuándo dejó de tomar los medicamentos anteriores y cuándo agregó los nuevos.**

Esta lista corresponde a: \_\_\_\_\_ Creada el *(dd-mm-aaaa)* \_\_\_\_\_

| Nombre del medicamento<br><i>(ejemplo: atorvastatina)</i> | Dosis<br><i>(20 mg)</i> | Cantidad<br><i>(1 pastilla)</i> | Frecuencia/cuándo |       |       |                |                     | Por qué lo tomo<br><i>(para disminuir el colesterol)</i> | Información adicional<br><i>(Tomar con o sin comida; Recetado por Dr. Goodheart)</i> | Fecha<br><i>(cuándo inició o dejó de tomarlo/usarlo)</i> |
|---|-------------------------|---------------------------------|-------------------|-------|-------|----------------|---------------------|--|--|--|
|   |                         |                                 | Mañana            | Tarde | Noche | Hora de dormir | Según sea necesario |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |
|   |                         |                                 |                   |       |       |                |                     |  |  |  |