



# Mi lista de medicamentos

Nombre y dosis del medicamento	Este medicamento es para mi:	¿Cuándo debo tomarlo? ¿Qué cantidad?				Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
		En la mañana	En la tarde	En la noche	Antes de acostarme		

*Adaptado de My Medication List – Keep it Handy (Mi lista de medicamentos – Manténgala a la mano), Departamento de Salud e Higiene Mental*

**NOMBRE DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**FARMACIA PREFERIDA:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_



**¿Tiene alguna pregunta?** Llame a los Programas de Salud de Alliance • De lunes a viernes, de 8 am a 5 pm  
 Número de teléfono: **1.510.747.4577** • Llamada gratuita: **1.877.932.2738**  
 Personas con problemas auditivos y del habla (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**