

## MI LISTA DE MEDICAMENTOS

\*LLEVE ESTE FORMULARIO EL DÍA DE: PRUEBA DE PRE ADMISIÓN EN NYEEI   
SU ADMISIÓN

**\*Lleve sus medicamentos. Consérvelos en sus envases originales.**

**Es importante que lleve un registro de sus medicamentos actuales para poder proporcionar cuidados seguros y efectivos.**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE ADMISIÓN \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento? NO SÍ Si la respuesta es sí, enumere las alergias

**Enumere todos los medicamentos que esté tomando en la actualidad. Incluya: colirios, inhaladores, anticonceptivos, parches que contengan medicamentos, medicamentos de venta sin receta, suplementos dietarios y a base de hierbas.**

Nombre de los medicamentos	Concentración de la dosis: (miligramos, unidades, gotas, etc.)	Veces por día que toma este producto

(Escriba el nombre de su médico en letra de imprenta)

(Núm. de teléfono)

(Nombre y relación de la persona que lo ayudó a completar este formulario) (Núm. de teléfono)