TEXAS Department of State Health Services

MEDICATION FORM

Fold this form and keep it with you (such as in your wallet).

List all your current medications. Include all prescription and non-prescription medications (like vitamins or aspirin, etc.) Also include any herbal supplements you take (like ginseng or St. John's Wort.)

Keep this form with you. Show it whenever you go to a health care appointment or to the hospital. Update this form as your medications change. For example, if you stop taking a medication, draw a line through it and write down the date you stopped taking it.

The first line shows you examples of how to fill in each box.

Medication name	**Started** (date)	**Dose**	**Explain how you take it.**	**Reason you take it.**	**Doctor who prescribed it.**	**Stopped** (date)
Amoxicillin	May 15, 2007	500 mg	I swallow one capsule in the morning, one in the afternoon, and one before bed.	Infection	S. Garcia	May 25, 2007

List your allergies and describe your reaction.

The first line shows you examples of how to fill in each box.

Allergy	**Reaction**
Cedar	Sneezing and headaches

The information on this form is about:

Name	**Address**
Phone	
Date of Birth	

Modified from the Universal Medication Form, available from the Institute for Healthcare Improvement. For more information, go to the Institute's website, www.ihi.org.

Form EF07-12780
07-07

TEXAS Department of State Health Services

CONTROL DE MEDICAMENTOS

Doble este formulario y guárdelo consigo (por ejemplo, en su billetera).

Haga una lista de todos sus medicamentos actuales. Incluya todos sus medicamentos recetados y los de venta libre (como las vitaminas o aspirina, etcétera). Incluya también los suplementos de yerbas que tome (como el ginseng o uña de gato).

Guarde este formulario consigo. Muéstrelo siempre que vaya a una cita médica o al hospital. Actualice este formulario cada vez que cambie de medicamentos. Por ejemplo, si deja de tomar un medicamento, táchelo de la lista y anote la fecha cuando dejó de tomarlo.

La primera línea muestra unos ejemplos de cómo debe rellenar cada casilla.

Nombre del medicamento	**Empezó** (fecha)	**Dosis**	**Explique cómo lo toma.**	**Razón que lo toma.**	**Médico que se lo recetó.**	**Dejó de tomarlo**. (fecha)
Amoxicillin	15 de mayo, 2007	500 mg	Trago una cápsula por la mañana, otra por la tarde, y otra antes de acostarme.	Infección	S. Garcia	25 de mayo, 2007

Escriba aquí sus alergias y describa su reacción.

La primera línea muestra unos ejemplos de cómo debe rellenar cada casilla.

Alergia	**Reacción**
Cedro	Estornudo y dolores de cabeza

La información en este formulario pertenece a:

Nombre	**Dirección**
Número de teléfono	
Fecha de nacimiento	

Modificado del Control de medicamentos universal, disponible del Instituto para el Mejoramiento de Atención Médica [Institute for Healthcare Improvement]. Para mayor información, consulte al sitio web del Instituto, www.ihi.org.

Form EF07-12780
07-07