

My prescription drug plan/*Mi plan de la droga de la prescripción:*

☐ Medicare Part D ☐ Other/*Otro:* _____

My Pharmacy/*Mi farmacia:* _____

Telephone/*teléfono:* _____

Name of Medication <i>Nombre del Medicamento</i>	Dose <i>Dosis</i>	Reason <i>Razón</i>

Allergies/*Alergias:*

Immunizations/*Immunizaciones:*

☐ Influenza /*Influenza o Gripe*

1 dose each year between September and May/*1 dosis cada año entre septiembre y mayo*

☐ Pneumococcal/*Antineumocócica*

1 dose for persons age 65 and older, if they have not been vaccinated or at least 5 years have passed before their first dose.

1 dosis para personas de 65 años o más, si no han sido vacunadas o si fueron vacunadas hace 5 años o más.

To better manage my health and medications, I will...

Para manejar mejor mi salud y medicaciones, yo voy a...

- ☐ Take this Personal Health Record with me wherever I go, including ALL doctor visits and future hospitalizations.

Llevar este registro personal de la salud, con mí dondequiera que vaya, incluyendo TODAS LAS visitas del doctor y hospitalizaciones futuras.

- ☐ Call my doctor if I have questions about my medications or if I want to change how I take my medications.

Llamar a mi doctor si tengo preguntas sobre mis medicaciones o si deseo cambiar cómo tomo mis medicaciones.

- ☐ Tell my doctors about ALL medications I am taking, including over-the-counter drugs, vitamins and herbal formulas.

Decirle a mi doctor TODAS LAS medicaciones que estoy tomando, incluyendo el excedente – las medicinas sin receta, vitaminas y hierbas.

- ☐ Update my Medication Record with any changes to my medications.

Poner al día mi registro de medicinas con cualquier cambio a mis medicaciones.

- ☐ Know why I am taking each of my medications.

Saber porqué estoy tomando cada una de mis medicaciones.

- ☐ Know how much, when and for how long I am to take each medication.

Saber la dosis, cuando y para cuánto tiempo debo tomar cada medicación.

- ☐ Know possible medication side effects to watch out for and what to do if I notice any.

Saber los efectos secundarios posible de la medicación y qué a hacer si noto estos efectos.

- ☐ Write down three questions to ask my doctor, nurse or pharmacist each time I see them.

Anote tres preguntas para preguntar a mi doctor, enfermera o farmacéutico cada vez que los veo.

Medication Record of ***Registro de Medicinas de***

Name/Nombre

Date of Birth/Fecha de Nacimiento

**REMEMBER to take this record with
you to ALL your doctor visits.**

***RECUERDE de llevar este registro con
usted a TODAS la visitas de doctores.***