

# MEDICAMENTOS A TOMAR DESPUÉS DE DEJAR EL HOSPITAL

PARA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

*(No olvide incluir los medicamentos sin receta y otros remedios caseros.)*

Nombre del medicamento, qué aspecto tiene, dosis (unidades en la etiqueta, es decir, mg)	Por qué toma esta medicina	Cuánto debe tomar cada vez	¿A qué hora(s)?	Cómo tomar este medicamento (vía oral, sobre la piel, con la comida, en ayunas, etc.)	
Recetado por el Dr.					¿Tomada en el momento del alta? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Necesita ser surtida? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿dónde? _____ Cuándo tomar la siguiente dosis: _____ DÍA / HORA AM/PM
Recetado por el Dr.					¿Tomada en el momento del alta? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Necesita ser surtida? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿dónde? _____ Cuándo tomar la siguiente dosis: _____ DÍA / HORA AM/PM
Recetado por el Dr.					¿Tomada en el momento del alta? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Necesita ser surtida? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿dónde? _____ Cuándo tomar la siguiente dosis: _____ DÍA / HORA AM/PM
Recetado por el Dr.					¿Tomada en el momento del alta? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Necesita ser surtida? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿dónde? _____ Cuándo tomar la siguiente dosis: _____ DÍA / HORA AM/PM

- Busque todos los medicamentos en: [MedlinePlus](#).
- Si tiene 65 años o más, consulte la [lista de medicamentos](#) que pueden ser perjudiciales para las personas mayores.

- Para los niños, consulte la [lista de medicamentos infantiles](#) que pueden ser perjudiciales para ellos.

**¿PREGUNTAS? ¿INQUIETUDES?**  
**¡Por favor, hágase escuchar! También está bien llamar a un médico después para obtener respuestas.**