

Medication List

Prepared on: < *Insert CMR date* >



Bring your Medication List when you go to the doctor, hospital, or emergency room. And, share it with your family or caregivers.




Note any changes to how you take your medications.
Cross out medications when you no longer use them.

Medication	How I take it	Why I use it	Prescriber
< <i>Insert generic name and brand name, strength, and dosage form for current/active medications</i> >	< <i>Insert regimen, (e.g., 1 tablet by mouth daily), use of related devices, and supplemental instructions as appropriate</i> >	< <i>Insert indication or intended medical use</i> >	< <i>Insert prescriber name</i> >



Add new medications, over-the-counter drugs, herbals, vitamins, or minerals in the blank rows below.

Medication	How I take it	Why I use it	Prescriber

 **Allergies:**
< Insert allergy information >

 **Side effects I have had:**

< Insert side effect information >

 **Other information:**

< Optional >



My notes and questions:

Lista de Medicamentos

Preparado el: < Fecha de la Revisión Integral de Medicamentos (CMR) >



Lleve su Lista de Medicamentos cuando vaya al médico, hospital, o sala de emergencia. Y compártala con su familia o cuidadores.



Anote cualquier cambio en la forma como toma sus medicamentos.
Tache los medicamentos que ya no toma.

Medicamento	Cómo lo tomo	Por qué lo tomo	Médico
< Ingrese el nombre genérico y de marca del medicamento, la potencia, y la dosis de los medicamentos que toma actualmente >	< Ingrese la terapia que le ordenaron (por ejemplo, 1 tableta por vía oral diaria), los aparatos para usarla e instrucciones adicionales si correspondiera >	< Ingrese indicaciones o el uso médico >	< Ingrese nombre del médico >

Lista de Medicamentos para < *Nombre del beneficiario* >, Fecha de nacimiento: < *Fecha de nacimiento* >



Añada nuevos medicamentos de receta, medicamentos de venta libre, productos herbarios, vitaminas, y minerales en las líneas en blanco abajo.

Medicamento	Cómo lo tomo	Por qué lo tomo	Médico

! Alergias:

< *Ingrese información sobre alergias* >

! Efectos secundarios que he tenido:

< *Ingrese información sobre efectos secundarios* >

 **Otra Información:**

< *Opcional* >



Mis notas y preguntas: