*Traiga consigo la lista de medicamentos y las tarjetas de los seguros médicos cuando vaya a citas médicas y al hospital*

**MI LISTA DE MEDICAMENTOS Y DE EMERGENCIAS MÉDICAS**

***Facilitada por*** Salem Hospital West Valley Hospital — A part of Salem Health

### *Afecciones médicas por las que estoy recibiendo tratamiento:*

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

### *Tengo a continuación algunas alergias y susceptibilidades (Incluya el tipo de reacción):*

_____
_____
_____
_____

Fechas de las últimas vacunas:

Tétano_____

Gripe_____

Neumonía_____

*Tiene usted:*

Directivas Anticipadas (Testamento en vida) ❑ Sí ❑ No

¿Dónde está archivado**?**_____

¿Ha llenado una tarjeta de donante?

❑ Sí ❑ No

_____
*Nombre*

_____
*Dirección*

_____
*Teléfono*

_____
*Médico*

_____
*Teléfono del médico*

_____
*Farmacia*

_____
*Teléfono de la farmacia*

***En caso de una emergencia, favor de llamar a (amigo o pariente):***

_____
*Nombre*

_____
*Teléfono*

Salem Hospital West Valley Hospital
A part of Salem Health

665 Winter Street SE
Salem, OR 97301
(503) 561-5200
www.salemhospital.org

Estoy tomando los medicamentos que siguen a continuación de manera regular o cuando es necesario: ***(Favor de escribir los nombres de todos los medicamentos recetados, sin receta y/o herbales. Favor de tachar todo lo que ya dejó de tomar.):***

| FECHA | NOMBRE DE LA MEDICINA | FUERZA (mg, mEq, etc.) | INSTRUCCIONES/¿PARA QUÉ ES? |
|---|---|---|---|
| ***Ejemplo*** | ***Lanoxin*** | **0.25 mg.** | ***Una vez al día (corazón)*** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |