



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Lista de medicamentos de la fase previa al trasplante**

**INFORMACIÓN DE FARMACIA** (Sírvese listar el nombre, dirección y número de teléfono de cualquier farmacia que haya utilizado en los últimos seis meses para surtir medicamentos. Si utiliza más de 2 farmacias, sírvase incluir la información de las demás al final de este documento bajo la sección intitulada “Otros problemas”):

**Farmacia #1**  
**Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**No. de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Farmacia #2**  
**Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**No. de teléfono:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS** (sírvese listar cualquier alergia conocida – escribe el nombre del medicamento y la reacción que tuvo al tomarla)

Deseamos valorar los medicamentos que está tomando actualmente. Sírvase rellenar las tablas a continuación. Incluya todos los medicamentos recetados (tabletas, cápsulas, inhaladores, inyecciones, gotas para ojos, etc.), medicamentos no recetados (tabletas, cápsulas, inhaladores y gotas para ojos de venta libre, etc.) y suplementos dietéticos/nutricionales y medicamentos complementarios y alternativos (vitaminas, suplementos herbarios y naturistas de venta libre, etc.)

**MEDICAMENTOS RECETADOS** (Sírvese listar los medicamentos que esté tomando actualmente que hayan sido recetados por un profesional sanitario):

Nombre del medicamento	Dosis	Indicaciones
<i>Ejemplo:</i> <i>Renvela</i>	800 mg	Tres veces al día con las comidas

**MEDICAMENTOS NO RECETADOS** (Sírvese listar cualquier medicamento no recetado que esté tomando a diario o conforme sea necesario – incluyendo medicamentos para tos o resfriado, analgésicos, antiácidos, laxantes, pastillas para dormir, etc.):

Nombre del medicamento	Dosis	Cómo toma el medicamento	Para qué toma el medicamento	Si lo toma conforme sea necesario, ¿cuántas veces por semana lo toma?
<i>Ejemplo:</i> <i>Tylenol</i>	325 mg	Conforme sea necesario	Lo tomo cuando tengo dolor de cabeza o fiebre	Una o dos veces por semana


**SUPLEMENTOS DIETÉTICOS/NUTRICIONALES y/o MEDICAMENTOS COMPLEMENTARIOS Y ALTERNATIVOS** (Sírvese listar cualesquier suplementos dietéticos/nutricionales o medicamentos alternativos y complementarios que tome a diario o conforme sea necesario):

Nombre del suplemento	Dosis	Cómo toma el suplemento	Para qué toma el suplemento	Si lo toma conforme sea necesario, ¿cuántas veces por semana lo toma?
<i>Ejemplo: Omega-3</i>	<i>1 cápsula</i>	<i>Tres veces al día</i>	<i>Para el corazón</i>	

Nos gustaría saber cómo toma los medicamentos y si tiene algún problema para tomar u obtener sus medicamentos. Sírvase leer las preguntas a continuación y ponga una “X” en la casilla que mejor corresponda a su respuesta.

	Nunca	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé
1. ¿Qué tan seguido olvida tomar uno o más de los medicamentos recetados?					
2. ¿Alguna vez ha decidido no tomar uno o más de los medicamentos recetados (debido a los efectos secundarios, el costo, etc.)?					
3. ¿Alguna vez se le han acabado uno o más de los medicamentos recetados antes de poder obtener un resurtido (de la farmacia o del profesional sanitario)?					
4. ¿Deja de tomar a veces uno o más de los medicamentos recetados cuando se siente bien (tal vez porque siente que no los necesita o porque piensa que le harán sentirse peor)?					
5. ¿Deja de tomar a veces uno o más de los medicamentos recetados cuando no se siente bien (tal vez porque siente que lo harán sentirse peor o porque no le ayudan)?					
6. ¿Alguna vez ha tomado los medicamentos de un amigo, pariente, o compañero de trabajo (tal vez por no tener los suyos propios o porque le hayan dicho que los de ellos funcionan muy bien)?					
7. ¿Alguna vez ha tenido problemas para costear los medicamentos recetados (Tal vez por no poder costear el copago, por no estar cubiertos por el seguro médico, etc.)?					
8. ¿He tenido problemas para que la farmacia le surta los medicamentos recetados (tal vez por no tener el medicamento en existencia o por no tener la cantidad necesaria para el surtido, etc.)?					

**OTROS PROBLEMAS** (sírvase listar cualquier otro problema que tenga con los medicamentos que no haya mencionado):

---

---

---

---

---