Idaho State Independent Living Council
Emergency Preparedness

Idaho State Independent Living Council

Última actualización_____

Farmacia y Teléfono_____ Fecha de nacimiento_____

Escriba todas sus recetas, medicamentos sin receta, vitaminas, hierbas medicinales, suplementos alimenticios, oxígeno, inhaladores y remedios homeopáticos.

Nombre del medicamento y fecha de empezar	Dosis (mg, unidad, gotas)	Cuando se toma (Diariamente, hora de acostarse)	Razón por tomarlo (Presión arterial, diabetes)	Profesional de salud que lo prescribe y número de teléfono

Complete esta forma y guárdela en su folder/archivo en todo momento. Mantenga esta lista al día al actualizar sus medicamentos e información con frecuencia. Ponga el archivo rojo en su botiquin de emergencia para acceso rápido por parte de los primeros intervinientes y el personal de emergencia. Traiga su archivo con usted a cada consulta en el hospital o centro de cuidado de emergencia.

Lista de medicamentos continúa al dorso

Nombre del medicamento y fecha de empezar	Dosis (mg, unidad, gotas)	Cuándo se toma (Diariamente, hora de acostarse)	Razón por tomarlo (Presión arterial, diabetes)	Profesional de salud que lo prescribe y número de teléfono