Mi nombre es:_____

C E R T

Center for Education and Research on Therapeutics
(Centro de Educación e Investigación en Terapéuticas
Centro de Salud y Ciencias, Universidad de Arizona

Mi doctor es:_____

Mi farmacéutico es:_____

Teléfono del doctor:_____

MY REGISTRO DE RECETAS MÉDICAS

Utilice esta forma para ayudarlo en sus pasos al uso seguro de la medicina. La mejor manera de utilizarlo lo deberá mantener arriba fechar y llevarlo con usted. Muéstrelo a su médico y el farmaceútico en cada visita y pida que ellos verifiquen para interacciones. Incluya todas medicinas de la prescripcíon, así como las medicinas sin receta, las vitaminas, la terapia de hierbas, o suplementos dietéticos.

Marca de Fábrica	Marca Genérica (Ingredientes)	¿Por qué la toma?	¿A qué se parece la medicina?	¿Cuál es la dósis)	¿Cómo debe tomarla?	¿Con qué frecuencia lo toma?	¿Cuándo lo empezó a tomar?	¿Cuándo terminó de tomarla?

Si usted ha tenido los efectos del lado de cualquier medicina, lista por favor las medicinas aquí y describe los efectos del lado: