

Important Healthcare Documents Documento Importante de Cuidado com a saúde

Health Care Proxy / Documento de Representação de Saúde Other / Outro

Health Insurance Plans / Planos de Seguro de Saúde

Plan Name / Nome do Plano _____ Policy Number / Número de Apólice _____

Plan Name / Nome do Plano _____ Policy Number / Número de Apólice _____

Allergies, Side Effects, or Reactions Alergias, Efeitos Colaterais ou Reações

Medication/Food/Environment that causes reaction Medicações/Comida/Reações com o meio ambiente	Allergy, Side Effects, Reaction or Intolerance Experienced (symptoms, severity) Alergias, Efeitos colaterais, Reações ou Intolerância ou que experimente (sintomas, severidade)	Date of Event (mm/yy) Data do Evento (mês/ano)

Over-the-Counter Medications and other Supplements Medicamentos e outros suplementos que não requerem receita médica

- Allergy Relief/Antihistamine / Alívio de Alergia/Anti-histamínico Antacids / Antiácido
 Aspirin/Other for Pain/Headache/Fever / Aspirina/ Dor de cabeça/Febre Vitamins/Minerals / Vitaminas/Minerais
 Cough/Cold Medications / Tosse/Medicações para resfriado Diet Pills / Comprimidos para dieta
 Laxatives / Laxativos Sleeping Pills / Comprimidos para dormir Fish Oil / Óleo de Peixe
 Herbal/Dietary / Ervas / Nutricional
 Supplements / Suplementos St. John's Wort Gingko Biloba Kava Kava
 Other (please list) / Outro (Por favor, liste) _____



English/Portuguese

*Take Your Medications for a Checkup is a service provided by Circle Health.
For help completing this form or to download a new one,
www.lowellgeneral.org/takeyourmedsforacheckup*

*Take Your Medications for a Checkup é um serviço providenciado pelo Circle Health.
Se necessitar de ajuda para preencher este formulário ou para copiar um novo documento.
Por favor, visite a nossa página na internet no
www.lowellgeneral.org/takeyourmedsforacheckup*

Name / Nome _____

Address / Endereço _____

Birth Date / Data de Nascimento _____ Blood Type / Tipo Sanguíneo _____

Weight / Peso _____ Height / Altura _____

Medical Contacts / Contatos Médicos

Pharmacy / Farmácia _____ Phone / Telefone _____

Primary Care Physician / Médico de Família/Clinico Geral _____ Phone / Telefone _____

Other Physicians/Specialists / Outros Médicos _____ Phone / Telefone _____

_____ Phone / Telefone _____

Emergency Contact / Contato de Emergência _____ Phone / Telefone _____

Medical Conditions / Condições Médicas

- Kidney Disease / Doença Renal Heart Disease / Doença Cardíaca
 Medical Devices / Aparatos Médicos High Blood Pressure / Pressão Alta/Tensão Alta
 Asthma / Asma Cancer / Câncer Diabetes / Diabetes
 Other (please list) / Outras (por favor, liste) _____

Vaccinations (please note the date of the immunizations) Vacinas (por favor, anote a data da vacinação)

Pneumococcal / Pneumococo _____ MMR / Sarampo – Papera – Rubéola _____

Influenza / Influenza/Gripe _____ Tetanus/Diphtheria / Tétano/ Difteria _____

My Medication List / Minha lista de medicações

Please use pencil to complete this form / Por favor, use lápis comum para completar esta lista

	Start Date Data de Início	Name of Medication Nome da Medicação	Prescribed by Receitado por	Dosage Dosagem	When is the Medication Taken? Quando este remédio é tomado	Purpose Finalidade	Danger Signs* Sinais de Perigo*	Stop Date Quando parou / Data	Monitoring Required Necessário Monitoramento	Notes/Change Notas/ Mudanças
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

1. Always keep this form with you. / Sempre carregue esta lista com você.

2. Take this form to ALL doctor visits, ALL medical testing (lab, x-ray, MRI, CT, etc.) pre-assessment visits for admission or surgery, and ALL hospital visits (ER, in-patient admission, out-patient visits)

Traga com você para todas as suas visitas médicas, a todos os exames (de laboratório, de radiologia, MRI - Imagem de Ressonância Magnética, CT - Tomografia Computadorizada, etc.) A todas as consultas de pré-admissão e pré-operatórias; e a todas as visitas ao hospital (a emergência, admissão e visitas ambulatoriais).

3. Update this form with medication changes. If a medication is stopped, draw a line through it and record the date it was stopped. If you need help filling out this form, ask a physician, nurse, pharmacist, friend or family member.

Atualize esta lista se alguma medicação for trocada/modificada. Se deixar de tomar qualquer das medicações, por favor, marque com uma linha e coloque a data que deixou de tomá-la. Se necessitar de ajuda para preencher este formulário, pergunte a seu médico, enfermeira, farmacêutico, um amigo ou um membro de sua família.

4. In the NOTES/CHANGES column, record things like the name of the doctor who told you to take this medication. You may also add the reason for taking the medication (high blood pressure, nerves, sleep...). Always keep this form with you.

Na coluna de NOTAS/MUDANÇAS, anote coisas como o nome do médico que lhe recomendou esta medicação. Também pode anotar a razão por que toma, por exemplo, pressão alta/tensão alta, tensão, para dormir, etc.

5. Tell your family, friends and neighbors about the benefits of using this form.

Fale com a sua família, amigos e vizinhos sobre os benefícios de usar esta lista.

6. When you are discharged from the hospital, update your form. When you return to your primary care physician or see a specialist, take your updated form with you. Always keep this this form with you. This will keep everyone up-to-date on your medications.

Quando receber alta do hospital, atualize a sua lista. Leve a lista atualizada quando retornar ao seu médico de família/clínico geral ou quando for a uma consulta com o especialista. Sempre leve esta lista com você, assim todos estarão a par dos medicamentos que toma.



*Refer to physician input and the detailed drug sheets provided with each medication for a complete list of potential side effects/danger signs/interactions. After any hospitalization, check with your doctor to review this medication list. For assistance visit www.lowellgeneral.org or call 1-877-LGH-WELL (1-877-544-8355).

*Refira-se a opinião médica e as bulas que são providenciadas com cada medicação para que tenha uma lista completa de efeitos colaterais potenciais/sinais de perigo/ação recíproca. Após qualquer hospitalização, solicite que o médico que revise esta lista de medicações. Para assistência visite www.lowellgenral.org ou ligue 1-877-LGH-WELL (1-877-544-8355).