

Important Healthcare Documents / Documento Importante de Salud

Health Care Proxy / Documento de Salud Other / Otro

Health Insurance Plans / Planes de Seguro Médico

Plan Name / Nombre del Plan _____ Policy Number / Número de Póliza _____

Plan Name / Nombre del Plan _____ Policy Number / Número de Póliza _____

Allergies, Side Effects, or Reactions Alergias, Efectos Secundarios o Reacciones

Medication/Food/Environment that causes reaction Medicamento/Alimento/Medio Ambiente que cause reacción	Allergy, Side Effects, Reaction or Intolerance Experienced (symptoms, severity) Alergia, Efectos secundarios, Reacción o Intolerancia (síntomas, severidad)	Date of Event Fecha del Evento (mm/yy)

Over-the-Counter Medications and other Supplements Medicamentos u otros suplementos que no requieren receta médica

- Allergy Relief/Antihistamine / Alivio de Alergia/Antihistaminico Antacids / Antiácidos
 Aspirin/Other for Pain/Headache/Fever / Aspirina u otro medicamento para el dolor/Dolor de cabeza/Fiebre Vitamins/Minerals / Vitaminas/Minerales
 Cough/Cold Medications / Medicamentos para la Tos/Gripe (Resfrío) Diet Pills / Píldoras de Dieta
 Laxatives / Laxantes Sleeping Pills / Píldoras para Dormir Fish Oil / Aceite de Pescado
 Herbal/Dietary / Hierbas/Nutricional
 Supplements / Suplementos St. John's Wort Gingko Biloba Kava Kava
 Other (please list) / Otro (por favor describa) _____



TAKE YOUR MEDICATIONS FOR A CHECKUP

English/Spanish

*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 es un servicio que el Circle Health ofrece.
Para recibir ayuda para llenar este formulario o para bajar del internet un documento nuevo, visite nuestra página en la red al www.lowellgeneral.org/takeyourmedsforacheckup*

Name / Nombre _____

Address / Dirección _____

Birth Date / Fecha de Nacimiento _____ Blood Type / Tipo de Sangre _____

Weight / Peso _____ Height / Estatura _____

Medical Contacts / Contactos Médicos

Pharmacy / Farmacia _____ Phone / Teléfono _____

Primary Care Physician / Médico Primario _____ Phone / Teléfono _____

Other Physicians/Specialists / Otros Médicos _____ Phone / Teléfono _____

_____ Phone / Teléfono _____

Emergency Contact / Contacto de Emergencia _____ Phone / Teléfono _____

Medical Conditions / Condiciones Médicas

- Kidney Disease / Enfermedad del Riñón Heart Disease / Enfermedad del Corazón
 Medical Devices / Aparatos Médicos High Blood Pressure / Alta Presión
 Asthma / Asma Cancer / Cáncer Diabetes / Diabetes
 Other (please list) / Otros (por favor describa) _____

Vaccinations (please note the date of the immunizations) Vacunas (Por favor anote la fecha de vacunación)

Pneumococcal / Neumococo _____ MMR / Vacuna contra sarampión-paperas-rubéola _____

Influenza / Influenza/Gripe _____ Tetanus/Diphtheria / Tetanos/Difteria _____

My Medication List / Mi Lista de Medicamentos

Please use pencil to complete this form / Favor de usar lápiz al completar este formulario

	Start Date Fecha Inicial	Name of Medication Nombre de Medicamento	Prescribed by Recetado por	Dosage Dosis	When is the Medication Taken? Cuándo Toma este Medicamento?	Purpose Propósito	Danger Signs* Síntomas Peligrosos*	Stop Date Fecha que Paró	Monitoring Required Requiere Observación	Notes/Change Notas/Cambios
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

1. Always keep this form with you. / Siempre lleve con usted esta lista.

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)
 Tráigala a todas sus visitas médicas, a todos los exámenes (de laboratorio, de radiología, MRI, CT, etc.) A las citas de pre-admisión y pre-operativas; y a todas las visitas al hospital (sala de emergencia, admisión, visitas ambulatorias).
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.
 Actualice esta lista si cambia algún medicamento. Si deja de tomar una medicina, táchela con una línea y apunte la fecha en que dejó de tomarla. Si necesita ayuda para llenar este formulario, pregunte a su médico, enfermera, farmacéutico, a un amigo o familiar.

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.

En la columna de NOTAS/CAMBIOS, anote cosas como el nombre del médico que le recomendó este medicamento. También puede agregar la razón por la cual lo toma, por ejemplo, alta presión, nervios, sueño, etc.

5. Tell your family, friends and neighbors about the benefits of using this form.
 Hable con su familia, amigos y vecinos sobre los beneficios 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.
 Cuando le den de alta del hospital, actualice su lista. Lleve la lista actualizada cuando regrese a ver a su doctor de cabecera ó vea a su especialista. Siempre lleve la lista con usted, así todos estarán al tanto sobre los 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).

*Refiérase a la opinión de su médico y a las detalladas hojas informativas que se proveen con cada medicamento, para una lista completa de posibles efectos secundarios/reacciones peligrosas/interacciones. Después de haber estado hospitalizado, revise esta lista con su médico de cabecera. Si necesita ayuda, visite nuestra página en la red: www.lowellgenral.org o llame al 1-877-LGH-WELL (1-877-544-8355).