

# MedCard para:

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

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## Contacto de emergencia

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Para obtener más tarjetas (MedCards), póngase en contacto con Iowa Healthcare Collaborative.



## Las Condiciones de Mi Salud:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis                             | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                             | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                               | <input type="checkbox"/> Lentillas                   |
| <input type="checkbox"/> Derrame (accidente cerebro vascular) | <input type="checkbox"/> Dentaduras postiza/parcial  |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones cerebral                | <input type="checkbox"/> Implante de una lente       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de los pulmones         | <input type="checkbox"/> Marcapasos                  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón             | <input type="checkbox"/> Desfibrilador               |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial                | <input type="checkbox"/> Audífonos                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones          | <input type="checkbox"/> Otra: _____                 |

## Documento de Voluntades Anticipadas que tengo

- Testamento vital
- Poder para cuidado de salud
- Ninguno

## Preguntas importantes:

- ¿Cual es el nombre del medicamento? ¿Para qué es el medicamento?
- ¿Por cuanto tiempo lo voy a tomar?
- ¿Necesito evitar ciertas comidas, bebidas, otros medicamentos o actividades mientras estoy tomando este medicamento?
- ¿Hay otros efectos de este medicamento? ¿Qué hago si un mal efecto ocurre?
- ¿Dónde puedo conseguir mas información sobre este medicamento?

Antecedentes quirúrgicos		Año
Las Alergias (Ejemplo: medicamentos, comida, látex, otra)	Reacción Alérgica (los síntomas)	

Información del Médico y la Farmacia
Nombre del médico: _____
Número de teléfono del médico: _____
Nombre de farmacia: _____
Número de teléfono de la farmacia: _____
Otros médicos: (Especialistas)
_____
_____
_____

Las Fechas de Vacunas: La gripe: \_\_\_\_\_

La neumonía: \_\_\_\_\_

La vacuna del sarampión, las paperas, y la rubéola: \_\_\_\_\_

Tétano/diftérico: \_\_\_\_\_

## Expediente de Medicamentos para: \_\_\_\_\_

- Use un lápiz.
- No escribe medicamentos que se va a tomar por menos de 2 semanas.
- Escribe todos los medicamentos que está tomando.

La Fecha que Empezó el Medicamento	Nombre del Medicamento	La Dosis del medicamento	Cada cuanto lo toma?	Para que lo toma?	Nombre del Médico Solicitante

### Medicamentos sin receta: (Seleccione todos los medicamentos que esta usando con regularidad.)

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> medicamento para alergias | <input type="checkbox"/> medicina para un resfriado o la tos       | <input type="checkbox"/> laxantes              | <input type="checkbox"/> otro para dolor, calentura |
| <input type="checkbox"/> antiácidos                | <input type="checkbox"/> pastillas dietéticas                      | <input type="checkbox"/> pastillas para dormir | <input type="checkbox"/> otro (escribe): _____      |
| <input type="checkbox"/> aspirina                  | <input type="checkbox"/> hierbas, suplementos dietéticas, hormonas | <input type="checkbox"/> vitaminas, minerales  | _____   |

- Siempre:**
- ✓ Siempre lleve esta tarjeta con Ud.
  - ✓ Siempre lleve sus tarjetas de seguro médico con esta tarjeta.
  - ✓ Siempre deje que el médico pase revista y revise, si es necesario.
  - ✓ Use siempre una farmacia cuando sea posible.
  - ✓ Siempre deje que la farmacista revise la tarjeta cuando empieza con medicamento nuevo.