Control diario de medicamentos

Lo que tomas hoy, la dosis y el momento del día

Nombre: _____ Fecha: _____

Medicamento	Dosis	Mañana	Mediodía	Tarde	Noche	Notas
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	

Indicaciones importantes

☐ Con alimentos ☐ En ayunas ☐ Con mucha agua ☐ Evitar el sol ☐ Evitar alcohol

Otras indicaciones: _____

Registro semanal de medicamentos

Marca cada toma de la semana: mañana, mediodía, tarde y noche

Nombre: _____ Semana del: _____

Medicamento y dosis	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
_____	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N
_____	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N
_____	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N
_____	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N
_____	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N
_____	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N
_____	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N
_____	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N	M D T N

 **M = mañana**

 **D = mediodía**

 **T = tarde**

 **N = noche**

Marca la casilla en el momento de tomar la dosis, no antes.

Calendario mensual de medicamentos

Una fila por medicamento: tacha el día en cuanto lo tomes

Nombre: _____ Mes: _____ Año: _____



Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	



Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	



Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	



Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	



Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Lista de medicamentos actuales

Para llevar a cada consulta y tener a la mano en casa

Nombre: _____ Nacimiento: _____

Alergias: _____

Medicamento	Para qué es	Dosis	Horario	Lo recetó	Desde

Lista actualizada el: _____ Farmacia: _____

Tarjetas de información médica

Recorta, dobla y guarda una en la cartera y otra en el refrigerador

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____

Grupo sanguíneo: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Padecimientos: _____

En emergencia llamar a: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____

Grupo sanguíneo: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Padecimientos: _____

En emergencia llamar a: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____

Grupo sanguíneo: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Padecimientos: _____

En emergencia llamar a: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____

Grupo sanguíneo: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Padecimientos: _____

En emergencia llamar a: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____

Grupo sanguíneo: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Padecimientos: _____

En emergencia llamar a: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____

Grupo sanguíneo: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Padecimientos: _____

En emergencia llamar a: _____

Teléfono: _____

Horario de medicamentos por horas

De las 6 de la mañana a las 11 de la noche, hora por hora

Hora	Medicamento	Dosis	Indicación	Listo
6:00				☐
7:00 				☐
8:00				☐
9:00				☐
10:00				☐
11:00				☐
12:00				☐
13:00 				☐
14:00				☐
15:00				☐
16:00				☐
17:00				☐
18:00 				☐
19:00				☐
20:00				☐
21:00 				☐
22:00				☐
23:00				☐

Control de antibióticos

Anota la hora de cada dosis y marca la casilla hasta terminar

Medicamento: _____ Dosis: _____

Cada (horas): _____ Días de tratamiento: _____ Inicio: _____

Día	Fecha	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 4
1		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
2		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
3		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
4		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
5		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
6		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
7		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
8		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
9		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
10		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
11		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
12		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
13		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
14		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐

Termina todo el tratamiento aunque te sientas mejor, a menos que tu médico indique otra cosa.

Registro de presión arterial

Anota cada medición para mostrarla en tu próxima consulta

Nombre: _____ Meta indicada: _____

Fecha	Hora	Sistólica (alta)	Diastólica (baja)	Pulso	Brazo	Notas
					☐ I ☐ D	
					☐ I ☐ D	
					☐ I ☐ D	
					☐ I ☐ D	
					☐ I ☐ D	
					☐ I ☐ D	
					☐ I ☐ D	
					☐ I ☐ D	
					☐ I ☐ D	
					☐ I ☐ D	
					☐ I ☐ D	
					☐ I ☐ D	
					☐ I ☐ D	
					☐ I ☐ D	
					☐ I ☐ D	



Mide la presión sentado, tras cinco minutos de reposo y siempre en el mismo brazo.

Registro de glucosa

Dos semanas de mediciones antes y después de cada comida

Nombre: _____ Semanas del: _____

Día	Ayunas	Después del desayuno	Antes de la comida	Después de la comida	Antes de la cena	Al dormir	Notas
Lun							
Mar							
Mié							
Jue							
Vie							
Sáb							
Dom							
Lun							
Mar							
Mié							
Jue							
Vie							
Sáb							
Dom							



Meta en ayunas: _____ Meta después de comer: _____

Control de medicamentos para niños

Peso, dosis y hora de cada toma para no repetir ni olvidar

Nombre: _____ Edad: _____ Peso (kg): _____

Pediatra: _____ Teléfono: _____



Lo que indicó el pediatra

Medicamento: _____ Dosis: _____ Cada: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Cada: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Cada: _____

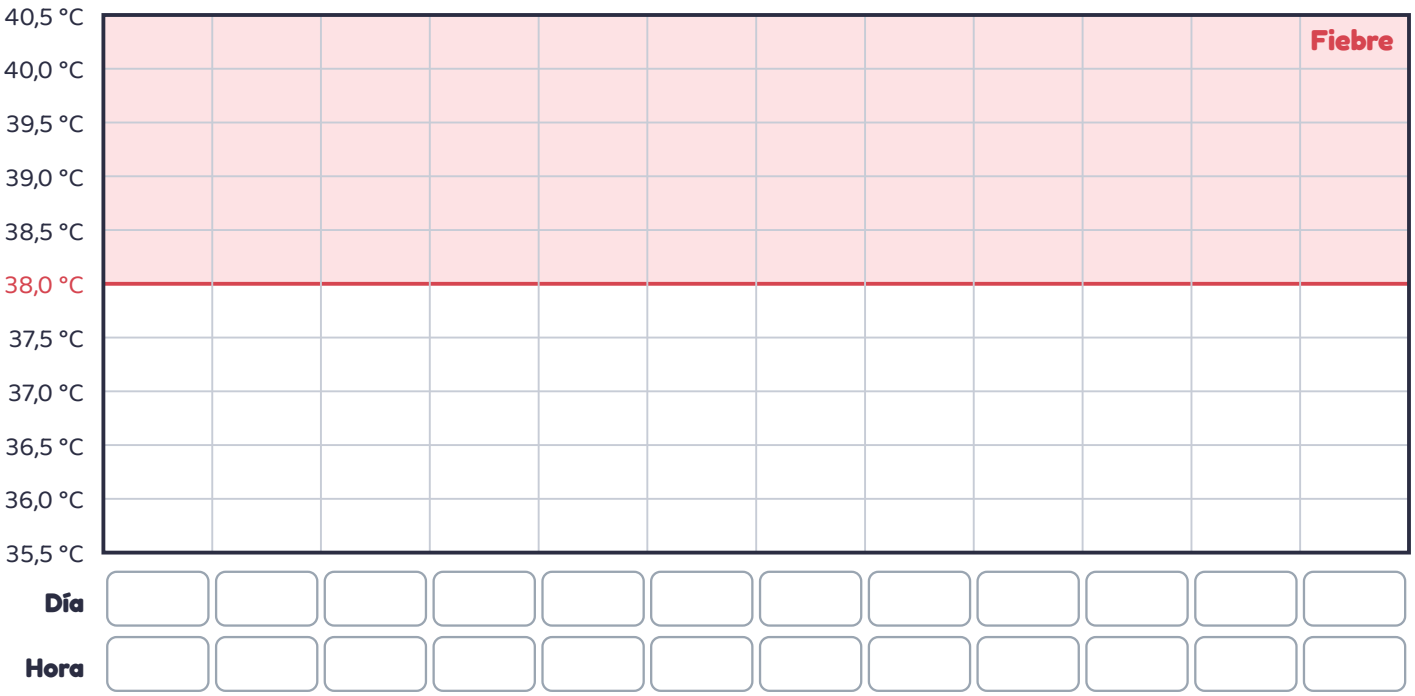
Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Temperatura	Quién la dio

Mide cada dosis con el dosificador que trae el medicamento, nunca con cucharas de cocina.

Registro de fiebre y temperatura

Marca un punto en cada medición y únelos para ver cómo va

Nombre: _____ Inicio de la fiebre: _____



Fecha y hora	Temperatura	Medicamento y dosis	Síntomas

Tabla de premios para la medicina

Colorea una estrella cada vez que tomes tu medicina

Me llamo: _____ Mi medicina: _____

Día	Mañana	Tarde	Noche
Lunes	☆	☆	☆
Martes	☆	☆	☆
Miércoles	☆	☆	☆
Jueves	☆	☆	☆
Viernes	☆	☆	☆
Sábado	☆	☆	☆
Domingo	☆	☆	☆



Mi premio al terminar: _____

Inventario del botiquín

Qué hay, cuánto queda, dónde está y cuándo caduca

Fecha de revisión: _____ Revisó: _____

Producto	Para qué sirve	Cantidad	Caducidad	Dónde está	Revisado
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐

Básicos que no deben faltar

☐ Termómetro ☐ Gasas ☐ Vendas ☐ Curitas ☐ Antiséptico ☐ Guantes ☐ Tijeras
☐ Suero oral ☐ Pinzas ☐ Cinta adhesiva ☐ Compresa fría ☐ Lista de teléfonos

Revisión de caducidades

Anota lo que vence cada mes y revisa el botiquín al empezar el mes

Enero

Producto y fecha	Ok
	☐
	☐
	☐
	☐

Febrero

Producto y fecha	Ok
	☐
	☐
	☐
	☐

Marzo

Producto y fecha	Ok
	☐
	☐
	☐
	☐

Abril

Producto y fecha	Ok
	☐
	☐
	☐
	☐

Mayo

Producto y fecha	Ok
	☐
	☐
	☐
	☐

Junio

Producto y fecha	Ok
	☐
	☐
	☐
	☐

Julio

Producto y fecha	Ok
	☐
	☐
	☐
	☐

Agosto

Producto y fecha	Ok
	☐
	☐
	☐
	☐

Septiembre

Producto y fecha	Ok
	☐
	☐
	☐
	☐

Octubre

Producto y fecha	Ok
	☐
	☐
	☐
	☐

Noviembre

Producto y fecha	Ok
	☐
	☐
	☐
	☐

Diciembre

Producto y fecha	Ok
	☐
	☐
	☐
	☐

Control de recetas y resurtido

Calcula cuándo se acaba cada caja y pide más a tiempo

Nombre: _____ Farmacia y teléfono: _____

Medicamento	Piezas por caja	Dosis al día	Alcanza para (días)	Se acaba el	Pedir el	Pedido
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐



Cómo calcularlo

Piezas por caja ÷ dosis al día = días que alcanza. Pide más unos 7 días antes.

Registro de citas médicas

Fecha, médico, motivo e indicaciones de cada consulta

Cita 1

Fecha: _____ Hora: ____

Médico: _____

Especialidad: _____

Lugar: _____

Motivo: _____

Indicaciones: _____

_____

Próxima cita: _____

Cita 2

Fecha: _____ Hora: ____

Médico: _____

Especialidad: _____

Lugar: _____

Motivo: _____

Indicaciones: _____

_____

Próxima cita: _____

Cita 3

Fecha: _____ Hora: ____

Médico: _____

Especialidad: _____

Lugar: _____

Motivo: _____

Indicaciones: _____

_____

Próxima cita: _____

Cita 4

Fecha: _____ Hora: ____

Médico: _____

Especialidad: _____

Lugar: _____

Motivo: _____

Indicaciones: _____

_____

Próxima cita: _____

Cita 5

Fecha: _____ Hora: ____

Médico: _____

Especialidad: _____

Lugar: _____

Motivo: _____

Indicaciones: _____

_____

Próxima cita: _____

Cita 6

Fecha: _____ Hora: ____

Médico: _____

Especialidad: _____

Lugar: _____

Motivo: _____

Indicaciones: _____

_____

Próxima cita: _____

Preguntas para la consulta médica

Llénala antes de ir para no olvidar nada importante

Fecha: _____ Médico: _____

Lo que quiero contarle al médico

Qué siento, desde cuándo y qué lo mejora o lo empeora:

Mis preguntas

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Lo que me indicó

- ☐ Nuevo medicamento
- ☐ Cambio de dosis
- ☐ Estudios
- ☐ Próxima cita

Próxima cita: _____ Estudios pendientes: _____

Dudas que quedaron: _____

Registro de síntomas y efectos secundarios

Qué sentiste, qué tan fuerte fue y qué habías tomado antes

Nombre: _____ Medicamento nuevo: _____

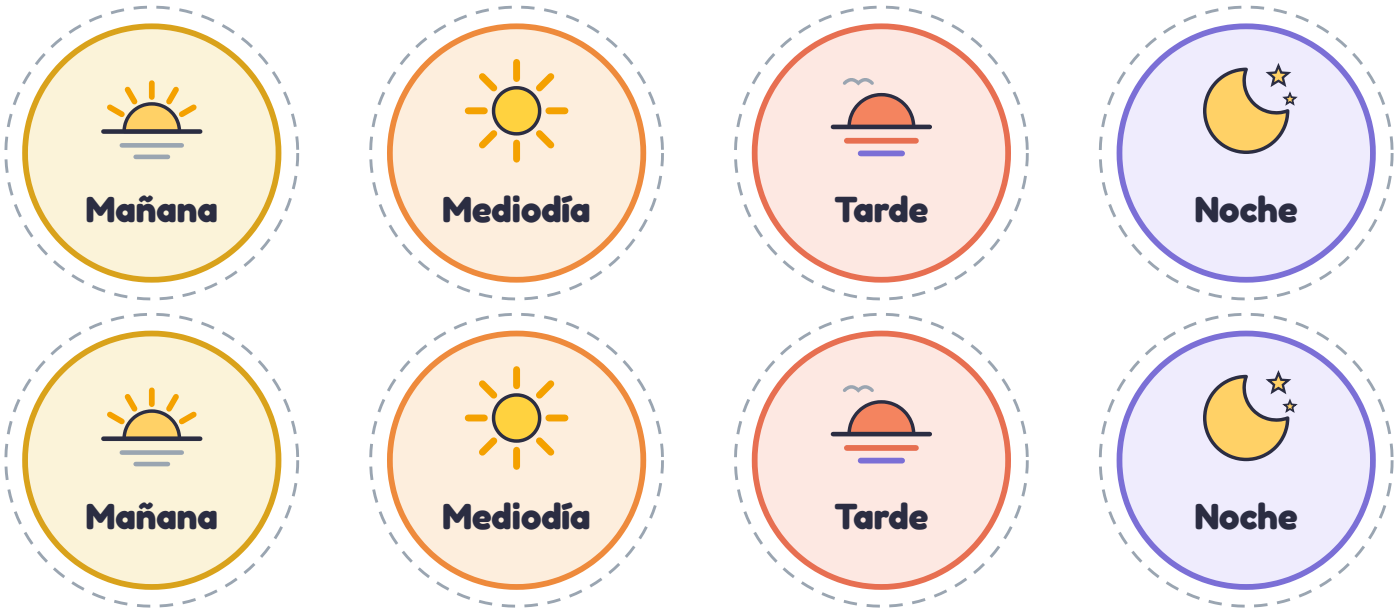
Fecha	Hora	Qué sentí	Intensidad	Duración	Tomé antes
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		

Si un síntoma es fuerte o no se quita, llama a tu médico. Lleva esta hoja a la consulta.

Etiquetas para pastillero y frascos

Recorta por la línea punteada y pégalas con cinta transparente

Momentos del día



Días de la semana

Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo

Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo

Para frascos y cajas

Mi medicamento

Nombre: _____

Dosis y hora: _____

Caduca: _____

Mi medicamento

Nombre: _____

Dosis y hora: _____

Caduca: _____

Mi medicamento

Nombre: _____

Dosis y hora: _____

Caduca: _____

Mi medicamento

Nombre: _____

Dosis y hora: _____

Caduca: _____

Mi medicamento

Nombre: _____

Dosis y hora: _____

Caduca: _____

Mi medicamento

Nombre: _____

Dosis y hora: _____

Caduca: _____

Control de medicamentos para adultos mayores

Letra grande y un dibujo para cada momento del día

Nombre: _____ Semana: _____

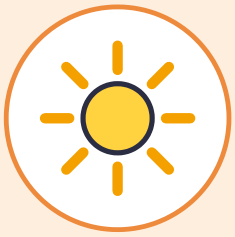


Al despertar

Medicina: _____

Medicina: _____

L	M	M	J	V	S	D
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



Al mediodía

Medicina: _____

Medicina: _____

L	M	M	J	V	S	D
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



En la tarde

Medicina: _____

Medicina: _____

L	M	M	J	V	S	D
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



Al dormir

Medicina: _____

Medicina: _____

L	M	M	J	V	S	D
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

imprimir.aprendidelavida.com · uso personal y en el aula

Control de vitaminas y suplementos

Qué tomas, en qué dosis y a qué hora, con casillas para la semana

Nombre: _____ Semana del: _____

Suplemento	Dosis	Hora	L	M	M	J	V	S	D
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Para comentar con el médico o el farmacéutico

Medicamentos y vacunas de la mascota

Desparasitación, vacunas y tratamientos del veterinario

Mascota: _____ Especie: _____ Peso: _____

Veterinario: _____ Teléfono: _____

Desparasitación

Fecha	Producto	Peso	Próxima dosis

Vacunas

Fecha	Vacuna	Clínica	Refuerzo

Tratamientos

Medicamento	Dosis	Cada cuántas horas	Fechas

Da a tu mascota solo los medicamentos que indique el veterinario.

Registro del cuidador

Quién dio cada medicamento, a qué hora y cómo se sintió la persona

Persona cuidada: _____ Semana del: _____



Teléfonos importantes

Médico: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Familiar y teléfono: _____

Fecha	Hora	Medicamento y dosis	Lo dio	Iniciales	Cómo se sintió

Diario del dolor

Usa la escala de caritas para anotar qué tan fuerte es el dolor

Nombre: _____ Semana del: _____



0 Sin dolor

2 Leve

4 Moderado

6 Fuerte

8 Muy fuerte

10 Insoportable

Fecha y hora	Dónde duele	Intensidad (0 a 10)	Qué lo provocó	Qué tomé	¿Mejoró?
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No

Medicamentos y botiquín de viaje

Cuántas dosis llevar y qué no puede faltar en la maleta

Destino: _____ Fechas: _____

Medicamento	Dosis al día	Días de viaje	Extra (+3 días)	Total a llevar



En el equipaje de mano

- [ ] Lista de medicamentos y dosis
- [ ] Medicamentos en su caja original
- [ ] Recetas o indicaciones médicas
- [ ] Tarjeta de información médica
- [ ] Termómetro
- [ ] Analgésico de confianza
- [ ] Suero oral
- [ ] Curitas y antiséptico
- [ ] Protector solar
- [ ] Repelente de insectos
- [ ] Gel antibacterial
- [ ] Póliza de seguro y teléfonos



Datos útiles en el destino

Hospital o clínica cercana: _____

Farmacia: _____

Número de emergencias: _____

Seguro médico y póliza: _____