

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

## Medicinas para Tomar

Use este formulario para recordar los nombres y las dosis de sus medicinas.  
 Si la cantidad de medicina cambia, tache la medicina y la dosis vieja.  
 Cuando tiene una nueva medicina, escriba el nombre y la dosis en la lista.  
 Cuando el doctor le diga que suspenda una medicina, táchela de la lista.



| Nombre de la Medicina | En la Mañana:<br>Cantidad | A medio día:<br>Cantidad | Por la tarde:<br>Cantidad | A la hora de dormir:<br>Cantidad | Para qué se toma y notas |
|-----------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Fuerza de la medicina |                           |                          |                           |                                  |                          |
|                       | _____                     | _____                    | _____                     | _____                            |                          |
|                       | _____                     | _____                    | _____                     | _____                            |                          |
|                       | _____                     | _____                    | _____                     | _____                            |                          |
|                       | _____                     | _____                    | _____                     | _____                            |                          |
|                       | _____                     | _____                    | _____                     | _____                            |                          |
|                       | _____                     | _____                    | _____                     | _____                            |                          |





## The Emily Center

### Medicinas para Tomar Medicines to Take

If you would like a copy of this in English,  
please ask your nurse or doctor.

Name of Health Care Provider: \_\_\_\_\_ Number: 587/337s

For office use: Date returned: \_\_\_\_\_  db  nb

## Revisión Familiar de la Información

Proveedores de cuidado de salud: Por favor usen esta información cuando le enseñan a las familias.

Familias: Por favor díganos su opinión sobre esta información.

¿Es difícil leer esta información?

Sí  No

¿Es fácil leerla?

Sí  No

Por favor marque con un círculo las partes  
de la información que eran difíciles de entender.

¿Es interesante leer esta información?

Sí  No

¿Por qué? o ¿Por qué no?

Después de haber leído esta información,

¿Haría usted algo de manera diferente?

Sí  No

Si su respuesta es sí, ¿Qué haría de manera diferente?

Después de haber leído esta información,  
¿Tiene alguna pregunta sobre este tema?  
Si su respuesta es que sí, ¿Qué pregunta tiene?

Sí  No

¿Hay algo que no le gusta acerca de los dibujos?  
Si su respuesta es que sí, ¿Qué?

Sí  No

Para que esta información sea mejor o más fácil de entender,  
¿Cómo la cambiaría?

Por favor devuelva su revisión de esta información a su enfermero o doctor o envíela a la siguiente dirección.

**¡Gracias por ayudarnos!**

Por favor envíe sus comentarios a:  
Nurse: Please send your response to:

Fran London, MS, RN  
Health Education Specialist  
The Emily Center  
Phoenix Children's Hospital  
1919 East Thomas Road  
Phoenix, AZ 85016

602-546-1395

flondon@phoenixchildrens.com