

HERBAL SUPPLEMENTS (SUPLEMENTOS HERBARIOS-PLANTAS MEDICINALES)

Name (Nombre)	Reason for use (Para que lo usa)	Strength (Potencia)	Times per day (Veces al día)	Start date (Fecha en que comenzó a tomarlos)	Stop date (Fecha en que dejó de tomarlos)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					

DIETARY SUPPLEMENTS (SUPLEMENTOS NUTRICIONALES O DIETÉTICOS)

Name (Nombre)	Reason for use (Para que lo usa)	Strength (Potencia)	Times per day (Veces al día)	Start date (Fecha en que comenzó a tomarlos)	Stop date (Fecha en que dejó de tomarlos)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					

**MEDICATION INFORMATION CARD
(CARTILLA DE INFORMACION MEDICA)**

Name (Nombre) _____

Date of Birth (Fecha de nacimiento) _____

Address (Domicilio) _____

Phone number (Número telefónico) _____

**EMERGENCY CONTACT
(CONTACTO DE EMERGENCIA)**

Name (Nombre) _____

Address (Domicilio) _____

Phone number (Número telefónico) _____

Relationship (Relación o parentesco) _____

PHYSICIANS (MÉDICOS)

Name (Nombre) _____

Contact Information (Información de contacto) _____

Name (Nombre) _____

Contact Information (Información de contacto) _____

Name (Nombre) _____

Contact Information (Información de contacto) _____

**BLOOD TYPE
(TIPO DE SANGRE)** _____



**ALLERGIES - MEDICATIONS, FOOD, OTHERS
(ALERGIAS - MEDICAMENTOS, ALIMENTOS U OTRAS)**

**MEDICAL CONDITIONS/HISTORY
(PADECIMIENTOS/HISTORIAL MÉDICO)**

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

IMMUNIZATIONS (INMUNIZACIONES O VACUNAS)

Shot (Vacuna)	Date of last immunization (Fecha de la inmunización más reciente)			
Influenza				
Pneumococcal (pneumonia) Pulmonia				
Tetanus/Diphtheria Booster (every 10 years) Refuerzo de tétanos/difteria (cada diez años)				

PRESCRIPTION MEDICATIONS (MEDICAMENTOS POR RECETA)

Name (Nombre)	Reason for use (Para que lo usa)	Strength (Potencia)	Times per day (Veces al día)	Start date (Fecha en que comenzó a tomarlos)	Stop date (Fecha en que dejó de tomarlos)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

OVER-THE-COUNTER MEDICATIONS (MEDICAMENTOS OBTENIDOS SIN RECETA)

Name (Nombre)	Reason for use (Para que lo usa)	Strength (Potencia)	Times per day (Veces al día)	Start date (Fecha en que comenzó a tomarlos)	Stop date (Fecha en que dejó de tomarlos)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

For more copies please contact the **UTEP/UT-Austin Cooperative Pharmacy Program** at (915)747-8519 or download this from our website at www.herbalsafety.utep.edu

Para obtener cartillas adicionales, por favor llame a **UTEP/UT-Austin Cooperative Pharmacy Program** al (915)747-8519 o descargue la versión disponible en el sitio de internet: www.herbalsafety.utep.edu