

**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)

Name (Nombre)

Name (Nombre)

**PHYSICIANS (MÉDICOS)**

Contact Information (Información de contacto)

Contact Information (Información de contacto)

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 \_\_\_\_\_

**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)				

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](http://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](http://www.herbalsafety.utep.edu)

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

Name (Nombre)



**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					

**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					

**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					

**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					