

ENFERMEDAD DE PARKINSON (PARKINSON'S DISEASE)

Formulario de Medicamentos

Llene este formulario, saque copias y consérvelas en su paquete de Aware in Care. En el hospital, comparta su Formulario de Medicamentos completado cuando se le pida proporcionar un listado de medicamentos. Llene un nuevo formulario cuando cambien sus recetas y conserve una versión actualizada en su paquete.

SU NOMBRE

FECHA

Nombres y teléfonos importantes

CUIDADOR

RELACIÓN

TEL./FAX

MÉDICO DE PARKINSON O NEURÓLOGO

TEL./FAX

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

TEL./FAX

FARMACIA

TEL./FAX

Me diagnosticaron la Enfermedad de Parkinson en _____ (year).

Consideraciones Especiales

Si alguno de los siguientes está marcado, favor de consultar las Consideraciones Especiales del folleto de Plan de Acción Hospitalaria en el Kit Aware in Care para obtener mayor información.

- Tengo un dispositivo de estimulación cerebral profunda.
- Tengo demencia relacionada con el Parkinson
- Me mareo o siento que me voy a desmayar
- Tengo necesidades alimentarias especiales
- Tengo una Bomba de Duopa
- Tengo problemas de equilibrio.
- Tengo problemas para deglutir.
- Sufro de alucinaciones o delirios como parte de mi enfermedad de Parkinson
- Me siento desorientado o confundido hoy de un modo que no es normal para mi Parkinson.
- Otros:

También padezco de las siguientes condiciones (marque la casilla correspondiente):

- COPD
- Diabetes
- Hipertensión
- Osteoartritis
- Depresión
- Enfermedades Cardíacas
- Melanoma
- Otros:

Medicamentos contraindicados o alergias:

