

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

Información Básica

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

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

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica COPD

Enfermedades Cardíacas

Osteoartritis

Depresión

Hipertensión

Otros: _____

Diabetes

Melanoma _____

Listado de Medicamentos

Enumere todos los medicamentos que toma para el Parkinson y demás condiciones, incluyendo medicamentos que no requieren receta y suplementos.

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA/TIEMPOS	CONDICIÓN TRATADA	NICIADO
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

La campaña de **Aware in Care** de la Parkinson's Foundation busca ayudar a las personas que padecen de Parkinson a obtener la mayor atención posible durante una hospitalización. Para mayor información, visite Parkinson.org/AwareInCare o llame al **1-800-4PD-INFO (473-4636)**.



Consideraciones Especiales

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

- Tengo un dispositivo de estimulación cerebral profunda.**

Notas: _____

- Tengo una Bomba para Duopa.**

Notas: _____

- Tengo problemas para deglutir.**

Notas: _____

- Tengo necesidades alimentarias especiales.**

Notas: _____

- Me mareo o siento que me voy a desmayar**

Notas: _____

- Tengo problemas de equilibrio.**

Notas: _____

- Tengo demencia relacionada con el Parkinson.**

Notas: _____

- Sufro de alucinaciones o delirios como parte de mi Enfermedad de Parkinson**

Notas: _____

- Me siento desorientado o confundido hoy de un modo que no es normal para mi Parkinson.**

Notas: _____
