

Medication Form

Formulario de medicamentos

Llene este formulario y adjúntelo a su "Carta del médico" firmada. Entregue ambos al equipo de atención hospitalaria. Llene un nuevo formulario cuando cambien sus recetas y conserve una versión actualizada en su Guía de seguridad hospitalaria.

NAME
SU NOMBRE

DATE FORM FILLED
FECHA DE LLENADO DEL FORMULARIO

Nombres y teléfonos importantes

CARE PARTNER
ALIADO EN
EL CUIDADO

RELATIONSHIP
RELACIÓN

PHONE
TELÉFONO

PARKINSON'S DOCTOR
MÉDICO DE LA EP

PHONE
TELÉFONO

PRIMARY CARE DOCTOR
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

PHONE
TELÉFONO

PHARMACY
FARMACIA

PHONE
TELÉFONO

I was diagnosed with Parkinson's disease in _____ (year).
Me diagnosticaron la enfermedad de Parkinson en el _____ (año).

Consideraciones especiales

- I have a deep brain stimulation device.
Tengo un dispositivo de estimulación cerebral profunda.
- I have a device to deliver my medication.
Tengo un dispositivo para mi medicamento.
- I have dementia.
Tengo demencia.
- I get dizzy or feel faint.
Me mareo o siento que me voy a desmayar.
- I have special dietary needs.
Tengo necesidades alimentarias especiales.
- I have balance issues.
Tengo problemas de equilibrio.
- I have trouble swallowing.
Tengo problemas para deglutir.
- I experience hallucinations or delusions as part of my Parkinson's.
Experimento alucinaciones o delirios como parte de la EP.
- I sometimes feel disoriented or confused.
A veces me siento desorientado o confundido.
- Other:
Otros: _____

I also have the following conditions (list them below):

También tengo las siguientes condiciones (indíquelas a continuación):

