CLINICA family health

Self-Assessment Sheet: Medicamentos

1. Conozco los nombres y las cantidades de todos mis medicamentos.
   a. Cierto
   b. Falso

2. Tengo una lista de mis medicamentos y las cantidades que tomo en caso de emergencia
   a. Cierto
   b. Falso

3. Tomo mis medicamentos
   a. En forma regular
   b. Se me olvida

4. A veces se falto alguna dosis de mis medicamentos porque:
   a. Son demasiado
   b. Se me olvida
   c. No me gusta la forma en que me hacen sentir
   d. Creo que estoy tomando demasiados medicamentos
   e. Temo que me va a hacer daño
   f. Tengo miedo de agujas

5. Cuando sufro efectos secundarios de mis medicamentos:
   a. Se lo comento a mi proveedor(a)
   b. Dejo de tomar mis medicamentos sin antes hablar con mi proveedor(a)
   c. Puedo seguir tomando los medicamentos con esperanza de que los síntomas desaparezcan

6. Utilizo hierbas suplementados junto con mis medicamentos para la diabetes
   a. Cierto
   b. Falso

7. Con las hierbas suplementadas yo:
   a. Le he dicho a mi proveedor sobre mis hierbas suplementadas
   b. Le di a mi proveedor(a) una lista de mis medicamentos y hierbas suplementadas.
   c. Ya le mostré los contenedores de mis medicamentos a mi proveedor(a)
   d. Tengo preguntas sobre los posibles beneficios de los medicamentos y hierbas suplementadas
   e. Tengo preguntas acercas el afecto de hierbas suplementadas con mis medicamentos

8. Mis hierbas suplementadas:

9. Me gustaría ayuda con:

a. La compra de medicamentos a menos costo
b. Recordar tomar mis medicamentos
c. Hacer una lista de los medicamentos
d. Hablar con mi Proveedor(a) del cuidado de mis medicamentos
e. La prevención de reacciones entre las hierbas suplementadas y medicamentos

*Adapted from Centering Pregnancy® Model Handbook

GV-117.1-0316 PR
Revised By GVO March 2016