

Registro Personal de Medicamentos

Autor: Lindor Catalán, Químico Farmacéutico

Fecha de creación: Mayo 2026

Propósito: Herramienta de organización personal para pacientes

Instrucciones de Uso

Este registro te ayudará a mantener un control completo de tus medicamentos. Completa esta información y comparte una copia con tu médico y farmacéutico en cada consulta.

¿Por qué es importante?

- Evita duplicidades y errores de medicación
- Facilita la comunicación con profesionales de salud
- Ayuda a identificar posibles interacciones
- Permite un seguimiento ordenado de tu tratamiento

INFORMACIÓN PERSONAL

Campo	Información
Nombre completo	_____
Fecha de nacimiento	_____
Número de identificación	_____
Alergias conocidas	_____
Condiciones médicas crónicas	_____
Contacto de emergencia	_____
Teléfono de emergencia	_____

MEDICAMENTOS ACTUALES

Medicamento 1

Aspecto	Detalle
Nombre del medicamento	_____
Principio activo	_____
Dosis	_____
Forma farmacéutica	<input type="checkbox"/> Comprimido <input type="checkbox"/> Cápsula <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Crema <input type="checkbox"/> Otro: _____
Frecuencia	<input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otra: _____
Horario(s) de toma	_____
Indicación (para qué)	_____
Fecha de inicio	_____
Prescriptor (médico)	_____
Farmacia habitual	_____
Número de lote/Vencimiento	_____

Notas especiales:

- Tomar con alimentos
 - Tomar con agua abundante
 - Evitar luz solar
 - Guardar en refrigerador
 - No triturar ni partir
 - Otro: _____
-

Medicamento 2

Aspecto	Detalle
Nombre del medicamento	_____
Principio activo	_____
Dosis	_____
Forma farmacéutica	<input type="checkbox"/> Comprimido <input type="checkbox"/> Cápsula <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Crema <input type="checkbox"/> Otro: _____
Frecuencia	<input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otra: _____
Horario(s) de toma	_____
Indicación (para qué)	_____
Fecha de inicio	_____
Prescriptor (médico)	_____
Farmacia habitual	_____
Número de lote/Vencimiento	_____

Notas especiales:

- Tomar con alimentos
 - Tomar con agua abundante
 - Evitar luz solar
 - Guardar en refrigerador
 - No triturar ni partir
 - Otro: _____
-

Medicamento 3

Aspecto	Detalle
Nombre del medicamento	_____
Principio activo	_____
Dosis	_____
Forma farmacéutica	<input type="checkbox"/> Comprimido <input type="checkbox"/> Cápsula <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Crema <input type="checkbox"/> Otro: _____
Frecuencia	<input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otra: _____
Horario(s) de toma	_____
Indicación (para qué)	_____
Fecha de inicio	_____
Prescriptor (médico)	_____
Farmacia habitual	_____
Número de lote/Vencimiento	_____

Notas especiales:

- Tomar con alimentos
 - Tomar con agua abundante
 - Evitar luz solar
 - Guardar en refrigerador
 - No triturar ni partir
 - Otro: _____
-

Medicamento 4

Aspecto	Detalle
Nombre del medicamento	_____
Principio activo	_____
Dosis	_____
Forma farmacéutica	<input type="checkbox"/> Comprimido <input type="checkbox"/> Cápsula <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Crema <input type="checkbox"/> Otro: _____
Frecuencia	<input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otra: _____
Horario(s) de toma	_____
Indicación (para qué)	_____
Fecha de inicio	_____
Prescriptor (médico)	_____
Farmacia habitual	_____
Número de lote/Vencimiento	_____

Notas especiales:

- Tomar con alimentos
 - Tomar con agua abundante
 - Evitar luz solar
 - Guardar en refrigerador
 - No triturar ni partir
 - Otro: _____
-

Medicamento 5

Aspecto	Detalle
Nombre del medicamento	_____
Principio activo	_____
Dosis	_____
Forma farmacéutica	<input type="checkbox"/> Comprimido <input type="checkbox"/> Cápsula <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Crema <input type="checkbox"/> Otro: _____
Frecuencia	<input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otra: _____
Horario(s) de toma	_____
Indicación (para qué)	_____
Fecha de inicio	_____
Prescriptor (médico)	_____
Farmacia habitual	_____
Número de lote/Vencimiento	_____

Notas especiales:

- Tomar con alimentos
- Tomar con agua abundante
- Evitar luz solar
- Guardar en refrigerador
- No triturar ni partir
- Otro: _____

SUPLEMENTOS Y VITAMINAS

Nombre	Dosis	Frecuencia	Indicación	Fecha de inicio
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

MEDICAMENTOS OCASIONALES O “SEGÚN SEA NECESARIO”

Medicamento	Dosis	Indicación	Frecuencia máxima	Última toma
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

MEDICAMENTOS DESCONTINUADOS O SUSPENDIDOS

Medicamento	Razón de suspensión	Fecha de suspensión	Reacción adversa (si aplica)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ALERGIAS Y REACCIONES ADVERSAS

Alergias confirmadas

Sustancia/Medicamento	Tipo de reacción	Severidad	Fecha de reacción
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Efectos secundarios frecuentes

Medicamento	Efecto secundario	Severidad	Manejo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HORARIO DE TOMA DIARIA

Completa este horario para visualizar mejor tu rutina de medicamentos:

Mañana (6:00 - 12:00)

- _____ a las : horas
- _____ a las : horas
- _____ a las : horas

Tarde (12:00 - 18:00)

- _____ a las : horas
- _____ a las : horas
- _____ a las : horas

Noche (18:00 - 24:00)

- _____ a las : horas
- _____ a las : horas
- _____ a las : horas

NOTAS IMPORTANTES

Interacciones conocidas

Restricciones dietéticas

Actividades a evitar

Próximas citas médicas

Especialista	Fecha	Motivo	Contacto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CONSEJOS PARA MANTENER ESTE REGISTRO ACTUALIZADO

Actualiza este registro:

- Cada vez que inices un nuevo medicamento
- Cuando suspendas o cambies un medicamento
- Si experimentas nuevas alergias o reacciones
- Antes de cada consulta médica
- Cuando cambies de farmacia o médico

✓ Guarda copias:

- Una copia en casa (lugar seguro)
- Una copia digital en tu teléfono o correo
- Comparte con tu médico y farmacéutico

✓ Revisa regularmente:

- Verifica que los datos sean correctos
- Comprueba fechas de vencimiento
- Confirma que no haya cambios en dosis

INFORMACIÓN DE CONTACTO IMPORTANTE

Profesional	Nombre	Teléfono	Email
Médico de cabecera	_____	_____	_____
Farmacéutico	_____	_____	_____
Especialista 1	_____	_____	_____
Especialista 2	_____	_____	_____
Servicio de emergencia	_____	_____	_____

AVISO LEGAL

Este registro es una herramienta educativa para organizar tu información personal de medicamentos. **No reemplaza** la evaluación, diagnóstico o tratamiento de un profesional de salud. Mantén este registro actualizado y comparte la información con tu equipo médico en cada consulta.

Información publicada: Mayo 2026

Autor: Lindor Catalán, Químico Farmacéutico

Portal: SaludPort - Educación sanitaria basada en evidencia

Contacto: vitalmente.saludport@gmail.com

HISTORIAL DE ACTUALIZACIONES

Fecha	Cambios realizados	Iniciales
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____