

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 Duopa pump.
Tengo una bomba de Duopa.
- 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):

