

¿Cómo va su tratamiento?

La medicinas pueden salvarle la vida aunque puede ser difícil tomarlas. Estas preguntas pueden ayudarle a consultar con su médico si está pasando más trabajo del necesario con sus medicamentos. Pueden haber maneras de hacer que su tratamiento médico sea más fácil.

Nombre _____ Fecha _____

1 ¿Es difícil para usted tomarse las medicinas de la manera en que el médico le ha indicado? Sí No

2 ¿Qué tan difícil de tomar son sus medicinas? Marque con una X en la línea que está debajo.

Muy fácil Fácil Más o menos A veces difícil Difícil

3 ¿Si se olvida de una dosis, normalmente es: ¿en la mañana, noche o al medio día?
 Mañana Noche Medio día No me olvido o dejo de tomar ninguna dosis

4 ¿Ha dejado de tomar alguna dosis porque la medicina le hace sentir mal? Sí No

5 ¿Hay días en que no toma sus medicinas?
 Sí, ¿Por qué? _____ No

6 ¿Ha experimentado alguno de estos efectos secundarios?

Efectos Secundarios	¿Cuántas veces al mes?	¿Por cuánto tiempo?	¿Cuánto afecta sus actividades diarias? 0=Nada; 1=Algo; 2=Siempre
Malestar estomacal			
Vómito			
Diarrea			
Dolor de cabeza			
Cansancio			
Ronchas			
Dificultad para respirar			
Dificultad para dormir			
Cambio del color de la piel			
Pesadillas			
Nerviosismo			

7 ¿Ha cambiado su nivel de energía desde que toma los medicamentos actuales?

Marque con una X en la línea que está debajo.

Menos energía Misma energía Más energía

8 ¿Está preocupado(a) de que los medicamentos que toma actualmente le puedan causar alguno de los siguientes efectos?

Pérdida de peso en brazos, piernas, glúteos o cara Sí No

Aumento de peso en la parte alta de la espalda, cuello busto o abdomen Sí No

9 ¿Le interesaría hablar con su médico sobre si un cambio a su tratamiento actual es apropiado para usted? Sí No

10 Si pudiera cambiar algo sobre su tratamiento médico, ¿Qué sería?

Use sus respuestas para platicar con su médico.