



1401 East Eighth St. Weslaco TX 78596
956-968-8567

Medication Diary

Please take this list to all your doctor and hospital visits.

Favor de llevar esta lista de medicamentos a todas su visitas de doctor/hospital.

For more copies of this Medication List form, go to www.knappmed.org or call 969-5237

Free health and human services information and referral (*Información gratuita, llame*): **Dial 211**

PLEASE PRINT

Name (*Nombre*): _____

Address (*Dirreccion*): _____

Telephone (*Teléfono*): _____

Person to contact in case of Emergency (*Nombre de la persona a la que podemos avisarle en caso de emergencia*)

Telephone (*Teléfono*): _____

Physician (*Médico*): _____

Office phone: (*Teléfono de la Oficina*) _____

Physician (*Médico*): _____

Office Phone: (*Teléfono de la Oficina*) _____

Advance Directive (*Directivas por Adelantado*):

Directive to Physicians: Yes No
Directiva para el Médico: *Sí* *No*

Medical Power of Attorney Yes No
Poder Legal para Asuntos Médico: *Sí* *N*

Weight (*Peso*): _____

Date Given/*Fecha Recibida*

Flu Vaccine _____

Hepatitis A _____

Hepatitis B _____

Pneumococcal Vaccine (*Pulmonia*) _____

Tetanus (*Tetano malde arco*) _____

Allergies/*Alergias*): _____

Side Effects of Any Medication (*Efectos secundarios del medicamento*)?
Medication (*Medicamento*) Side Effects (*Efectos Secundarios*)

Please turn over to write medications *Favor de voltear para escribir medicamentos*

Please turn over to write medications *Favor de voltear para escribir medicamentos*