




**SUPLEMENTOS DIETÉTICOS/NUTRICIONALES y/o MEDICAMENTOS COMPLEMENTARIOS Y ALTERNATIVOS** (Sírvese listar cualesquier suplementos dietéticos/nutricionales o medicamentos alternativos y complementarios que tome a diario o conforme sea necesario):

Nombre del suplemento	Dosis	Cómo toma el suplemento	Para qué toma el suplemento	Si lo toma conforme sea necesario, ¿cuántas veces por semana lo toma?
<i>Ejemplo: Omega-3</i>	<i>1 cápsula</i>	<i>Tres veces al día</i>	<i>Para el corazón</i>	

Nos gustaría saber cómo toma los medicamentos y si tiene algún problema para tomar u obtener sus medicamentos. Sírvase leer las preguntas a continuación y ponga una “X” en la casilla que mejor corresponda a su respuesta.

	Nunca	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé
1. ¿Qué tan seguido olvida tomar uno o más de los medicamentos recetados?					
2. ¿Alguna vez ha decidido no tomar uno o más de los medicamentos recetados (debido a los efectos secundarios, el costo, etc.)?					
3. ¿Alguna vez se le han acabado uno o más de los medicamentos recetados antes de poder obtener un resurtido (de la farmacia o del profesional sanitario)?					
4. ¿Deja de tomar a veces uno o más de los medicamentos recetados cuando se siente bien (tal vez porque siente que no los necesita o porque piensa que le harán sentirse peor)?					
5. ¿Deja de tomar a veces uno o más de los medicamentos recetados cuando no se siente bien (tal vez porque siente que lo harán sentirse peor o porque no le ayudan)?					
6. ¿Alguna vez ha tomado los medicamentos de un amigo, pariente, o compañero de trabajo (tal vez por no tener los suyos propios o porque le hayan dicho que los de ellos funcionan muy bien)?					
7. ¿Alguna vez ha tenido problemas para costear los medicamentos recetados (Tal vez por no poder costear el copago, por no estar cubiertos por el seguro médico, etc.)?					
8. ¿He tenido problemas para que la farmacia le surta los medicamentos recetados (tal vez por no tener el medicamento en existencia o por no tener la cantidad necesaria para el surtido, etc.)?					

**OTROS PROBLEMAS** (sírvase listar cualquier otro problema que tenga con los medicamentos que no haya mencionado):

---

---

---

---

---