

N.º de ID de cliente _____

Fecha de administración: _____

EFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

AUTOADMINISTRADO POR EL CLIENTE O ADMINISTRADO POR EL PROFESIONAL CLÍNICO

1. ¿Toma actualmente algún medicamento recetado?

- Sí
- No → Ir a P2
- No estoy seguro/no sé → Ir a P2

2. ¿Qué efectos secundarios presenta actualmente por su medicamento(s)?

Marque todo lo que corresponda.

- Sedación diurna/somnolencia/dormir mucho
- Problemas de memoria o concentración
- Cambios en el apetito o el peso
- Músculos demasiado tensos o rígidos, temblores o temblor en los músculos
- Sensación de inquietud, nerviosidad o necesidad de moverse y caminar de un lado de otro
- Visión borrosa, sequedad de boca, estreñimiento, o retención de orina o dificultad para comenzar a orinar
- Cambios en el funcionamiento sexual
- Problemas con la menstruación o problemas en los senos (mujeres solamente)
- No sentirse como de costumbre
- Otra opción (especifique: _____)
- Ninguno