

Plan de prevención de recaídas

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Medicamentos

1. _____; _____ tableta(s) de _____ mg _____ Tomar hasta _____
2. _____; _____ tableta(s) de _____ mg _____ Tomar hasta _____
3. _____; _____ tableta(s) de _____ mg _____ Tomar hasta _____
4. _____; _____ tableta(s) de _____ mg _____ Tomar hasta _____

Llame a su doctor/a si tiene alguna pregunta sobre sus medicamentos (información de contacto está anotada abajo)

Otros tratamientos

1. _____
2. _____
3. _____

Señales de “peligro” personal

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Cosas que puedo hacer para prevenir la depression

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Si los síntomas reaparecen, contacte a:

Información de contacto

Doctor/a: _____ Número de Tel: _____

Próxima cita : Fecha: _____ Hra: _____

Consejera: _____ Número de Tel: _____