



Cómo sabré que la medicina me está ayudando: Medicamentos antidepresivos

El medicamento que me recetaron:

Si este medicamento funciona para mí, puedo ver algunos efectos dentro de:

_____ (horas/días/semanas)

Para ver el efecto completo, puede tomar:

_____ (días/semanas/meses)

Para ser útil, necesito tomar mi medicamento tener antidepresivos:

Todos los días Según sea necesario Otro: _____

¿Cómo sabrá si este medicamento le está funcionando? Marque la casilla junto a los efectos del medicamento que son más importantes para usted. También hay espacio para que escriba cómo espera que el medicamento ayude. Comparta esto con sus proveedores.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apetito mejorado | | <input type="checkbox"/> Llevarse mejor con los demás | |
| <input type="checkbox"/> Sueño mejorado | | <input type="checkbox"/> Sentirse mejor contigo mismo | |
| <input type="checkbox"/> Sentirse menos triste | | <input type="checkbox"/> En mis propias palabras: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Aumento de la energía | | <input type="checkbox"/> En mis propias palabras: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Más fácil tomar decisiones | | <input type="checkbox"/> En mis propias palabras: _____ | |

¿Qué otras cosas pueden ayudar? La medicina puede ayudarlo a sentirse mejor. También hay cosas que puede hacer para sentirse mejor. A menudo, el camino hacia la recuperación significa encontrar el equilibrio adecuado entre nuestra medicina psiquiátrica (*lo que tomamos*) y nuestra Personal Medicine (*lo que hacemos para sentirnos mejor*). Ejemplo: Mi Personal Medicine es pasear a mi perro por la mañana porque comenzar mi día con una nota positiva. Además el ejercicio es un antidepresivo para mí.

Mi Personal Medicine para depresión es:

Hacer un seguimiento. Mantenga un registro de cómo le va en las próximas dos semanas. Indique si tomó su medicamento de píldora, si usó su Personal Medicine y si los medicamentos fueron útiles. Comparta su calendario con su proveedor de psiquiátrica en su próxima cita.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<input type="checkbox"/> ¿Tomé mis pastillas?						
<input type="checkbox"/> ¿Usé mi Personal Medicine?						
¿Meds ayudado? si - no - un poco						
<input type="checkbox"/> ¿Tomé mis pastillas?						
<input type="checkbox"/> ¿Usé mi Personal Medicine?						
¿Meds ayudado? si - no - un poco						