

1

MEDICAMENTOS ACTUALES

Registre los medicamentos con receta y sin receta, vitaminas, yerbas y suplementos que esté tomando.

Nombre:

Farmacia/Lugar:

Teléfono:

Alergias a medicamentos/Reacciones:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FECHA DE COMIENZO	FRECUENCIA Y DOSIS	RAZÓN PARA TOMAR	RECETADO POR

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FECHA DE COMIENZO	FRECUENCIA Y DOSIS	RAZÓN PARA TOMAR	RECETADO POR

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FECHA DE COMIENZO	FRECUENCIA Y DOSIS	RAZÓN PARA TOMAR	RECETADO POR

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FECHA DE COMIENZO	FRECUENCIA Y DOSIS	RAZÓN PARA TOMAR	RECETADO POR

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FECHA DE COMIENZO	FRECUENCIA Y DOSIS	RAZÓN PARA TOMAR	RECETADO POR

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FECHA DE COMIENZO	FRECUENCIA Y DOSIS	RAZÓN PARA TOMAR	RECETADO POR

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FECHA DE COMIENZO	FRECUENCIA Y DOSIS	RAZÓN PARA TOMAR	RECETADO POR

--	--	--	--	--