

1 MEDICAMENTOS ANTERIORES

Registre los medicamentos con receta y sin receta, vitaminas, yerbas y suplementos que ya no toma.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FECHA DE COMIENZO /PARÓ DE TOMAR	FRECUENCIA Y DOSIS	RAZÓN PARA TOMAR	RECETADO POR
Reacciones y efectos secundarios (Frecuencia, duración, severidad)				
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FECHA DE COMIENZO /PARÓ DE TOMAR	FRECUENCIA Y DOSIS	RAZÓN PARA TOMAR	RECETADO POR
Reacciones y efectos secundarios (Frecuencia, duración, severidad)				
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FECHA DE COMIENZO /PARÓ DE TOMAR	FRECUENCIA Y DOSIS	RAZÓN PARA TOMAR	RECETADO POR
Reacciones y efectos secundarios (Frecuencia, duración, severidad)				
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FECHA DE COMIENZO /PARÓ DE TOMAR	FRECUENCIA Y DOSIS	RAZÓN PARA TOMAR	RECETADO POR
Reacciones y efectos secundarios (Frecuencia, duración, severidad)				
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FECHA DE COMIENZO /PARÓ DE TOMAR	FRECUENCIA Y DOSIS	RAZÓN PARA TOMAR	RECETADO POR
Reacciones y efectos secundarios (Frecuencia, duración, severidad)				
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FECHA DE COMIENZO /PARÓ DE TOMAR	FRECUENCIA Y DOSIS	RAZÓN PARA TOMAR	RECETADO POR
Reacciones y efectos secundarios (Frecuencia, duración, severidad)				