

# MIS MEDICAMENTOS (MEDICINAS) 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)