PROMISECARE
Quality Healthcare. Promised

LISTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

_____
Nombre completo

Enumere todos los medicamentos recetados que está tomando	Indique la dosis en el momento de la toma					
Medicamentos recetados	Mañana	Almuerzo	Cena	Hora de acostarse	Instrucciones especiales	¿Razón para tomar?

* Cuando su médico cambie o deje de tomar el medicamento indicado, dibuje una línea en la información anterior.