



Nombre del paciente: _____

LISTA ACTUAL DE MEDICAMENTOS

(Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre, incluidos los suplementos)

1. NOMBRE DE MEDICACIÓN /DOSIS:	¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMAS MEDICAMENTOS?:
_____	_____
2. NOMBRE DE MEDICACIÓN /DOSIS:	¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMAS MEDICAMENTOS?:
_____	_____
3. NOMBRE DE MEDICACIÓN /DOSIS:	¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMAS MEDICAMENTOS?:
_____	_____
4. NOMBRE DE MEDICACIÓN /DOSIS:	¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMAS MEDICAMENTOS?:
_____	_____
5. NOMBRE DE MEDICACIÓN /DOSIS:	¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMAS MEDICAMENTOS?:
_____	_____
6. NOMBRE DE MEDICACIÓN /DOSIS:	¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMAS MEDICAMENTOS?:
_____	_____
7. NOMBRE DE MEDICACIÓN /DOSIS:	¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMAS MEDICAMENTOS?:
_____	_____
8. NOMBRE DE MEDICACIÓN /DOSIS:	¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMAS MEDICAMENTOS?:
_____	_____
9. NOMBRE DE MEDICACIÓN /DOSIS:	¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMAS MEDICAMENTOS?:
_____	_____
10. NOMBRE DE MEDICACIÓN /DOSIS:	¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMAS MEDICAMENTOS?:
_____	_____