CENTRAL HEALTH

LISTA DE MEDICINAS

Nombre: _____ Alergias: _____ Farmacia de preferencia: _____ Contacto de emergencia: _____

Mis medicamentos, vitaminas, hierbas y suplementos, desde (fecha) _____

Incluya todos los medicamentos recetados y de venta libre. Los medicamentos de venta libre pueden incluir vitaminas, hierbas, suplementos, medicamentos para el resfriado o la tos, aspirina, analgésicos, medicamentos para aliviar las alergias, antiácidos, laxantes, pastillas para adelgazar y otros para los que no necesita una receta médica.

Tomo los siguientes habitualmente						
Nombre (de marca y genérico)	Concentración del medicamento	Tomo este medicamento para	Cuándo, cómo y cuánto tomo			
			Mañana/Desayuno	Mediodía/Almuerzo	Tarde/Cena	Noche/Al acostarse

CENTRAL HEALTH

Nombre: _____ Alergias: _____ Farmacia de preferencia: _____ Contacto de emergencia: _____

Tomo los siguientes habitualmente, pero no todos los días						
Nombre (de marca y genérico)	Concentración del medicamento	Tomo este medicamento para	Cuándo, cómo y cuánto tomo			
			 Mañana/Desayuno	 Mediodía/Almuerzo	 Tarde/Cena	 Noche/Al acostarse