

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

MEDICAMENTOS

Instrucciones para pacientes: indique todos los medicamentos con y sin receta medica que esté usando actualmente. Solo llene las primeras cinco columnas. Por favor no incluya en las columnas de abajo complementos dietéticos o medicamentos de hierbas.

| Nombre de medicamento | Dosis de medicina | Veces al día que se toma la medicina | ¿Cuál es la razón por la que se toma esta medicina? | Fecha en que empezó a tomar el medicamento * | SOLAMENTE PARA USO DE LA CLÍNICA |
|-----------------------|-------------------|--------------------------------------|---|--|----------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Estudiantes/Doctores: *Escriba la fecha en la que el paciente haya empezado a tomar el medicamento. Si uno de los medicamentos ha sido descontinuado indique la fecha en la que esto haya sido reportado. **Si la dosis o la frecuencia del uso

del medicamento ha cambiado indique la fecha en que lo discontinuó justo al lado de la columna apropiada y anote el medicamento con la nueva información en la siguiente línea.