

Registro de medicación

Farmacia

Nombre de la farmacia: _____

Dirección : _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Número de teléfono : _____ Fax: _____

Llene el siguiente registro con la ayuda de su equipo de atención médica:

¡Recuerde tachar los medicamentos que ya no esté tomando!

Medicación	¿Para qué sirve esto?	Fecha de la receta	Médico que lo recetó	¿Qué cantidad (dosis)?	¿Con qué frecuencia?	Instrucciones para tomar la medicación	Efectos secundarios

Registro de medicación

Medicación	¿Para qué sirve esto?	Fecha de la receta	Médico que lo recetó	¿Qué cantidad (dosis)?	¿Con qué frecuencia?	Instrucciones para tomar la medicación	Efectos secundarios

Registro de medicación

Medicación	¿Para qué sirve esto?	Fecha de la receta	Médico que lo recetó	¿Qué cantidad (dosis)?	¿Con qué frecuencia?	Instrucciones para tomar la medicación	Efectos secundarios