

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Sírvase hacer una lista de todos sus medicamentos, incluidos los que son bajo receta y los de venta libre, los suplementos de hierbas, vitamínicos, de minerales y alimenticios, así como la dosis, la frecuencia y el método de administración de cada uno.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Método de administración
		<input type="checkbox"/> Cuando es necesario <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección subcutánea <input type="checkbox"/> Otro:
		<input type="checkbox"/> Cuando es necesario <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección subcutánea <input type="checkbox"/> Otro:
		<input type="checkbox"/> Cuando es necesario <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección subcutánea <input type="checkbox"/> Otro:
		<input type="checkbox"/> Cuando es necesario <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección subcutánea <input type="checkbox"/> Otro:
		<input type="checkbox"/> Cuando es necesario <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección subcutánea <input type="checkbox"/> Otro:
		<input type="checkbox"/> Cuando es necesario <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección subcutánea <input type="checkbox"/> Otro:

		<input type="checkbox"/> Cuando es necesario <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección subcutánea <input type="checkbox"/> Otro:
		<input type="checkbox"/> Cuando es necesario <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección subcutánea <input type="checkbox"/> Otro:
		<input type="checkbox"/> Cuando es necesario <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección subcutánea <input type="checkbox"/> Otro:
		<input type="checkbox"/> Cuando es necesario <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección subcutánea <input type="checkbox"/> Otro:
		<input type="checkbox"/> Cuando es necesario <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección subcutánea <input type="checkbox"/> Otro:
		<input type="checkbox"/> Cuando es necesario <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro:

Con mi firma abajo certifico que, según mi leal saber y entender, la información que he proporcionado aquí y/o en un documento aparte está completa, es exacta y verdadera.

Firma del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente/tutor legal: _____

Revisado por: _____ Fecha: _____