



## La rutina para tomar mi medicina es...

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Centro de asistencia médica: \_\_\_\_\_

Nombre del medico: \_\_\_\_\_ Nombre de la medicina: \_\_\_\_\_

Cuanto se toma/dosis:

Con o sin alimentos:



Cuando se toma:



Por cuantas dias se toma:

Mes: \_\_\_\_\_

Domingo	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado

La medicina es para:

Dolor	Estornudo-catarro	La calenture	El cansancio	Un dolor de cabeza
Salud Bucal	La presión arterial	Un dolor del estomago	Picazón en la piel	Diabetes

Otro:

¿Este medicamento interfiere con otros medicamentos que ya estoy tomando?: