Medicamentos que está tomando

Nombre:_____

Farmacia:_____Teléfono:_____

Rx Alergias/Reacción a las medicinas:_____

Nombre del medicamento	Dosis	Razón por tomarlo	Médico que la recetó	Fecha que comenzó a tomar esta medicina	Reacción a la medicina efectos secundarios

Medicamentos que ha tomado anteriormente

Nombre:_____

Nombre del medicamento	Dosis	Razón por tomarlo	Médico que la recetó	Fecha que la prescripción empezó/terminó	Razón por la cual dejó de tomarlo