Patient _____ Date _____ *MedicationsListSpanish.pdf*

Receta, de la tienda, y yerbas Medicinales (incluir Vitaminas)

Por favor note las pastillas, inyecciones, gotas, etc. que usa al diario. Por favor linea a traves de las que ya no usa.

Nombre de Medicamento (o nombre de suplemento)	Año (approx..) comenzo/cambio	Fuerza/Cantidad (dosis)	Veces por Dia or otra frecuencia	Que es la Razon	Año discontinuado