



# FORMULARIO DE MEDICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Indique los medicamentos que toma actualmente. Incluya medicamentos recetados, de venta libre, hierbas o vitaminas/minerales/suplementos nutricionales. Si se requiere más espacio, por favor use el reverso.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Dosis y frecuencia</b>	<b>Método de administración</b> (Vía oral, parche, tópico, inhalador, etc.)	<b>Explicación</b> (Razón de uso)

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_