NYGI
Lista de Medicamentos

Nombre: _____ Fecha: _____

Anote todos los medicamentos prescritos y las dosis que está tomando actualmente..

Nombre del medicamento	Dosis (mg es decir)	Número de veces al día	Ultima vez tomada

Por favor escriba todos los suplementos de venta libre que está tomando.
Incluyendo aspirina, vitaminas, minerales y suplementos de hierbas.

Nombre del medicamento	Dosis (mg es decir)	Número de veces al día	Ultima vez tomada