



Registro Personal de Medicación

"Tu salud es tu prioridad. ¡Organiza tu tratamiento con esta plantilla!"

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	CUANDO TOMAR				CON/SIN COMIDA	RAZÓN DEL MEDICAMENTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE DETENCIÓN	APARIENCIA FISICA	MÉDICO QUE PRESCRIBE	EFECTOS SECUNDARIOS NOTADOS U OBSERVACIONES
		Mañana	Mediodía	Tarde	Noche							

Comparte esta información con tu médico o farmacéutico



Agenda tu consulta hoy y optimiza tu tratamiento.

Cell: 6552-5453

consultorio@saludinlife.com

