

FICHA MEDICACIÓN CRÓNICA

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO (2 mínimo): _____

| ENFERMEDAD o DOLENCIA | NOMBRE DEL MEDICAMENTO | DOSIS | HORARIO | FORMA DE ADMINISTRACIÓN (antes o después de comidas...) | OBSERVACIONES (Duración del tratamiento) |
|--------------------------|---------------------------|-------|---------|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |