

## 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)