****
TARJETA DE SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS

**Fecha: / /**

Nombre:

Fecha de nacimiento: / /

**Contacto de emergencia**

Nombre:

( ) -

**Doctor**

Nombre

Número de teléfono

**Doctor**

Nombre

Número de teléfono

**Doctor**

Nombre

Número de teléfono

**Doctor**

Nombre

Número de teléfono

**Afecciónes**

**ALERGIAS**

**Medicina recetada**

 **nombre de la medicina**

Doctor

Fuerza

Dosificación
¿Cuando se toma?

**nombre de la medicina**

Doctor

Fuerza

Dosificación
¿Cuando se toma?

**nombre de la medicina**

Doctor

Fuerza

Dosificación

¿Cuando se toma?

**información importante**

O otros medicamentos o suplementos

**Medicina recetada**

 **nombre de la medicina**

Doctor

Fuerza

Dosificación
¿Cuando se toma?

**nombre de la medicina**

Doctor

Fuerza

Dosificación
¿Cuando se toma?

**nombre de la medicina**

Doctor

Fuerza

Dosificación

¿Cuando se toma?

**Medicina recetada**

 **nombre de la medicina**

Doctor

Fuerza

Dosificación
¿Cuando se toma?

**nombre de la medicina**

Doctor

Fuerza

Dosificación
¿Cuando se toma?

**nombre de la medicina**

Doctor

Fuerza

Dosificación

¿Cuando se toma?