Mis Medicamentos

Mi nombre:	Mis alergias:	Información sobre mi contacto de emergencia

Mis medicamentos, vitaminas, herbarios y supplementos hasta el

Fecha:

Incluya todos **los medicamentos con o sin receta**. Los medicamentos sin receta pueden incluir vitaminas, herbarios, suplementos, medicamentos para el resfriado y la tos, aspirina, medicamentos para el dolor o para aliviar las alergias, antiácidos, laxantes, pastillas para adelgazar y más.

Tomo estos medicamentos diariamente							
Nombre (marca y genérico)	**Potencia del medicamento**	**Tomo este medicamento para**	**Cuándo, cómo y cuánto tomo**				
			Instrucciones	**Mañana**	**Medio día**	**Tarde**	**Hora de acostarse**

Mis Medicamentos

Mi nombre:	Mis alergias:	Información sobre mi contacto de emergencia

Mis medicamentos, vitaminas, herbarios y supplementos hasta el

Fecha:

Incluya todos **los medicamentos con o sin receta**. Los medicamentos sin receta pueden incluir vitaminas, herbarios, suplementos, medicamentos para el resfriado y la tos, aspirina, medicamentos para el dolor o para aliviar las alergias, antiácidos, laxantes, pastillas para adelgazar y más.

Tomo estos medicamenos regularmente, pero no diariamente				
Nombre (marca y genérico)	**Potencia del medicamento**	**Tomo este medicamento para**	**Cuándo, cómo y cuánto tomo**	
			Instrucciones	**Cuándo**

Mis Medicamentos

Mi nombre:	Mis alergias:	Información sobre mi contacto de emergencia

Mis medicamentos, vitaminas, herbarios y supplementos hasta el

Fecha:

Incluya todos **los medicamentos con o sin receta**. Los medicamentos sin receta pueden incluir vitaminas, herbarios, suplementos, medicamentos para el resfriado y la tos, aspirina, medicamentos para el dolor o para aliviar las alergias, antiácidos, laxantes, pastillas para adelgazar y más.

Tomo estos medicamentos solo cuando los necesito			
Nombre (marca y genérico)	**Potencia del medicamento**	**Tomo este medicamento para**	**Cuándo, cómo y cuánto tomo**