



# LISTA DE MEDICAMENTOS

Completado por (Nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de cumplimentación: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación:                      Padre          Abuelo                      Otro Pariente          Guardián          Otro

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	VECES POR DIA	INSTRUCCIONES O EFECTOS SECUNDARIOS

## PREGUNTAS/COMENTARIOS PARA EL DOCTOR

---

*Descargo de responsabilidad: Esta hoja es una manera de reunir todos los medicamentos de su hijo en un solo lugar para organizar y usar para tener a mano para todos los cuidadores, para las visitas del médico y más. No es un sustituto del plan de atención médica dado por los miembros del equipo profesional de su hijo. Por favor, doble e incluso comprobar triple la información que introduce y asegúrese de actualizar inmediatamente cada vez que cualquier información cambia. Use varias hojas según sea necesario si no hay suficiente espacio para todos los medicamentos.*

Visit [www.PremieWorld.com](http://www.PremieWorld.com) for more great tools!  
2009-2020 © PremieWorld, LLC. All Rights Reserved

