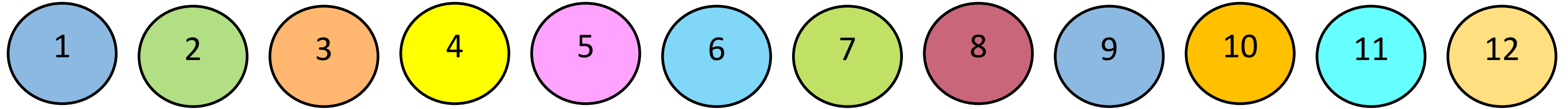


For your good health

Su cuadro de medicamentos

Con su médico, enfermera, familiar o amigo, registre cada uno de sus medicamentos, cada uno en una línea en la primera columna. Incluya los medicamentos recetados mas cualquier suplemento, medicamento a base de hierbas o de venta libre que tome. Complete las oastra columnas, como por qué toma el medicamento y cuandao. Llevelo con usted cuando visitge al medico o farmaceutico.



#	Nombre del medicamento	¿Por qué tomo esto?	Dosis	Con qué frecuencia	Desayuno	Comida	Cena	Hora de acostarse	Instrucciones/Nombre de la Doctora/Phone
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
Ex	MetroXXpril	Bajar mi presión arterial	1 10mg píldora	Uno al dia	sí	no	no	no	Tomar con la comida/ Dr. J. Baker: 615-555-5555 Created by A. Vernon Rose, NGH Foundation