Control diario de medicamentos

Lo que tomas hoy, la dosis y el momento del día

Nombre: _____ Fecha: _____

Medicamento	Dosis	Mañana	Mediodía	Tarde	Noche	Notas
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	

Indicaciones importantes

☐ Con alimentos ☐ En ayunas ☐ Con mucha agua ☐ Evitar el sol ☐ Evitar alcohol

Otras indicaciones: _____