Control de antibióticos

Anota la hora de cada dosis y marca la casilla hasta terminar

Medicamento: _____ Dosis: _____

Cada (horas): _____ Días de tratamiento: _____ Inicio: _____

Día	Fecha	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 4
1		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
2		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
3		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
4		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
5		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
6		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
7		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
8		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
9		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
10		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
11		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
12		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
13		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐
14		Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐	Hora _____ ☐

Termina todo el tratamiento aunque te sientas mejor, a menos que tu médico indique otra cosa.