Registro de síntomas y efectos secundarios

Qué sentiste, qué tan fuerte fue y qué habías tomado antes

Nombre: _____ Medicamento nuevo: _____

Fecha	Hora	Qué sentí	Intensidad	Duración	Tomé antes
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		
			1 2 3 4 5		

Si un síntoma es fuerte o no se quita, llama a tu médico. Lleva esta hoja a la consulta.