

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

	Nombre del medicamento	DOSIS	HORA	Fecha inicio DD/MM/AAA	Fecha suspensión DD/MM/AAAA	Comentarios // Efectos secundarios // Notas
MAÑANA 						
MEDIODÍA 						
TARDE 						
NOCHE 						
SOLO CUANDO LO NECESITO						