

Incluya el listado de todos los medicamentos que está tomando actualmente, de la forma más completa posible (nombre del medicamento, dosis y frecuencia).

Nombres y Apellidos:		Identificación:					
Aseguradora		Vigencia formula		Diagnóstico(s)			
MEDICAMENTO- (nombre comercial y compuesto activo)	DOSIS: (mg. Gr. ml. cc. Ui)	RECETADO POR: (MEDICO / ESPECIALISTA / AUTOFORMULADO)	AYUNAS	AM	ALMUERZO	TARDE	CENA
MEDICACION ANTIGUA NO TOLERADA		MEDICACION ANTIGUA NO EFECTIVA O QUE NO FUNCIONÓ					
ALERGIAS							



**escanée este código
para descargar una
nueva hoja de
medicamentos**

Importante

Importante
 Recuerde que el éxito en el control de su enfermedad autoinmune depende en gran parte de la disciplina y el cumplimiento adecuado del tratamiento.
 Si presenta efectos secundarios, no tolera los medicamentos o tiene alguna dificultad para tomarlos, no suspenda el tratamiento por su cuenta. Consulte oportunamente con su médico tratante.