Hoja de medicinas

Use este formato para llevar un registro de sus medicamentos.

Fecha	Medicina	Propósito de la medicina	Nombre y teléfono del doctor que la recetó	Dosis	Cuándo tomar	**Notas** (recuerde: si la medicina se va a dejar de tomar en cierto día, registre aquí la fecha)

©2018, American Cancer Society, Inc. No. 080475