|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AL CUIDADO DE MI SALUD** | | | | |
| **“PORQUE MI SALUD ES LO MAS IMPORTANTE”** | | | | |
| **NOMBRE(S):** | | | | |
| **APELLIDO(S):** | | | | |
| **MEDICAMENTOS/SUPLEMENTOS** | | **NOMBRE MEDICAMENTOS/DOSIS** | **FREQUENCIA** | **FECHA VENCIMIENTO: DÍA /MES/AÑO** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| **ALERGIAS: MEDICAMENTOS/ALIMENTOS** | | **“Ingerir la dosis de agua recomendada**…  Glass icon | **Todos los días**…  Free vector illustration of calendar icon | **Toda tu vida”**  Free vector red heartbeat symbol graphic illustration |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| **FECHA ACTUALIZACION: DÍA/MES/AÑO** | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

Cortesía de: 

La divulgación de información sobre su salud es su responsabilidad. Esta plantilla se hizo con la intensión de facilitar la comunicación médico-paciente y no para recopilar datos personales, ni información sobre medicamentos o salud. Octubre 2023.