

FECHA:	<div></div>	
ACTIVIDAD MEDICACIÓN	TURNO: <div></div>	
Oral		<div></div>
Tópica		<div></div>
Rectal		<div></div>
Inhaladores		<div></div>
Gotas óticas		<div></div>
Gotas oftálmicas		<div></div>
Gotas nasales		<div></div>
Otros	<div></div>	