

Fecha: _____

Nombre del/la paciente: _____

Edad: _____

Diagnóstico: _____

Alergias: _____

| Nombre | Dosis |  |  |  |  | Duración | Instrucciones (vía de administración, indicaciones para uso) |
|--------|-------|---|--|---|---|----------|--|
| | | Mañana | Medio día | Tarde | Noche | | |



Nombre y firma del proveedor: _____

Cédula: _____

