|  |
| --- |
| LISTA DE MEDICAMENTOS |
| Nombre de Paciente | Alergias |
| TIPO | MEDICINA |  |
| Prescripción **O** sobre el mostrador | Nombre Y Dosis | Frecuencia | Oral | Inhale | Inyectable |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |