

Lista de medicamentos Name_____ DOB_____

Por favor complete el siguiente formulario en inglés

Nombre de la medicación	Razón de la medicación

Alergias a los medicamentos

Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre

Nombre de la medicación	Tipo de reacción, es decir, erupción cutánea, dificultad para respirar, etc.