

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Actualizada el: _____

Persona de contacto: _____ Teléfono: _____

Alergias o intolerancias: _____ Profesional sanitario que revisa esta medicación: _____

Complete esta tabla con la medicación realmente utilizada: nombre, dosis y cantidad (1, 1/2, 1/4, 2...). Incluya inhaladores, parches, colirios, suplementos y medicación "si precisa".
No modifique la pauta por su cuenta. Lleve esta tabla a consultas, Urgencias e ingresos hospitalarios.

Medicamento / principio activo y dosis	Desayuno	Comida	Merienda	Cena	Antes de dormir	Semanal / mensual o día concreto	Motivo, instrucciones y observaciones