

LISTA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO:			CANTIDAD UTILIZADA DIARIAMENTE					NOTAS:		
			DOM	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB	
DOSIS:	FIGURA/COLOR:	CANTIDAD DE INICIO:								CANTIDAD FINAL:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO:			CANTIDAD UTILIZADA DIARIAMENTE					NOTAS:		
			DOM	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB	
DOSIS::	FIGURA/COLOR:	CANTIDAD DE INICIO:								CANTIDAD FINAL:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO:			CANTIDAD UTILIZADA DIARIAMENTE					NOTAS:		
			DOM	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB	
DOSIS::	FIGURA/COLOR:	CANTIDAD DE INICIO:								CANTIDAD FINAL:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO:			CANTIDAD UTILIZADA DIARIAMENTE					NOTAS:		
			DOM	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB	
DOSIS::	FIGURA/COLOR:	CANTIDAD DE INICIO:								CANTIDAD FINAL:



Visite: www.kernrxreturn.org para encontrar un lugar seguro cerca de usted para desechar los medicamentos.

