

Registro Personal de Salud

Escriba con lápiz. Actualícelo de forma regular.

Mi Nombre

--

Números de teléfono importantes

Proveedor de atención primaria:	Teléfono
Hospital:	Teléfono
Dentista	Teléfono
Farmacia	Teléfono
Cuidador (familiar/amigo/vecino):	Teléfono

Alergias

Incluyendo alergias a medicamentos

--

Mis metas para la salud

--

Preguntas para mi médico

Problemas e inquietudes

--

Registro de medicamentos y suplementos

Nombre | Dosis | Frecuencia |
Motivo

1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			