# PALM BEACH CARDIOLOGY CENTER

**Nombre:** _____ **Fecha De Nacimiento:** _____ **Fecha:**_____

**Medicamentos:** LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS CON DOSIS

(Incluyendo aspirina, analgésicos, suplementos nutricionales)

**Alergias a medicamentos:** _____

_____

**Indique si se toma por la noche o por la mañana, etc.**

| Medicamento | Dosis (mg) | Frecuencia (diario/dos veces, diario/etc.) | Tiempo tomandolo |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |