

IMS Medication List / Lista de Medicamentos

Name / Nombre: _____

Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____

Pharmacy name / Nombre de su farmacia: _____

Pharmacy phone number / Número de teléfono de la farmacia: (_____) _____ - _____

Write the name of each medication you take, even if it is over the counter. Use a second sheet if necessary.

Escribe el nombre de cada medicamento que toma, incluso si es de venta libre. Utilice una segunda hoja si es necesario.

Name of Medicine Nombre de la Medicina	Dose & Frequency Dosis y frecuencia	Why do you take it? ¿Por qué lo toma?

Use another copy of this to list additional medications. Utilice otra copia de esto para enumerar medicamentos adicionales.

Allergies:

Signature

Date / Fecha

