GERIATRÍA
DR. FERNANDO SOLÍS

DR.
FERNANDO SOLÍS LAM

55 4072 4635
geriatriasolis@hotmail.com

HOSPITAL SAN ÁNGEL INN PATRIOTISMO
CONSULTORIO 613
AV. PATRIOTISMO 67
ALCALDÍA BENITO JUÁREZ
CDMX, CP 03730

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

Nombre: _____ **Edad:** _____

Alergia a estos medicamentos: _____

Los medicamentos que **actualmente** consume son:

Nombre del **medicamento**	¿Cuántos **mg**?	¿Cuántas toma al día? (anote 1, ½, ¼)			¿Qué médico lo recetó?	¿Su **diagnóstico** es? ¿Por qué lo usa?	¿Cuánto **tiempo** lo ha usado?
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			
		☐	☐	☐			

Antes consumía estos medicamentos _____