



Cuadro para My Easy
Drug System™
(MEDS)

versión 4.2.5

Nombre: _____

Fecha en que se completa: _____

PCP (Proveedor de atención primaria): _____

Alergias: _____

Nombre del medicamento y concentración	Cuándo y cuántos				¿Cómo está funcionando?		
					USTED		RESPUESTA DEL PROVEEDOR
¿POR QUÉ LO TOMA?					 NOTAS:		
	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Según sea necesario					
¿POR QUÉ LO TOMA?					 NOTAS:		
	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Según sea necesario					
¿POR QUÉ LO TOMA?					 NOTAS:		
	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Según sea necesario					
¿POR QUÉ LO TOMA?					 NOTAS:		
	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Según sea necesario					

OTRAS NOTAS: