

LISTA DE MEDICAMENTOS DEL PACIENTE

Incluye medicamentos sobre el mostrador y suplementos	Dosis (MG)	Como a menudo/ la última dosis	Fecha de resumir el medicamento

Paciente no tenía información completa para la reconciliación de las medicinas.

Signature of Nurse: _____ **Date:** _____
(Firma de la enfermera/o) (Fecha)