



List of Current Medications/Lista de Medicamentos actuales

List all prescription, over-the-counter, herbal, vitamin, and diet supplement products.
 Listar todos los medicamentos, los productos de venta libre, a base de hierbas, vitaminas y suplementos de dieta.

Patient Name/Nombre del paciente: _____

D.O.B./ Fecha de Nacimiento: _____

Medication/ Medicamentos:	Dose/ Dosis:	How Often You Take the Medication/Frecuencia con que toma el medicamento:	Route of Administration (oral, topical, injection)/ Vía de administración (oral, tópica, inyección):	Date Started/ Fecha de inicio:	Prescriber/ Médico que receta:	Stopped/ Terminación:	Date Stopped/ Fecha de terminación:
						<input type="checkbox"/> YES/SÍ	
						<input type="checkbox"/> YES/SÍ	
						<input type="checkbox"/> YES/SÍ	
						<input type="checkbox"/> YES/SÍ	
						<input type="checkbox"/> YES/SÍ	
						<input type="checkbox"/> YES/SÍ	
						<input type="checkbox"/> YES/SÍ	
						<input type="checkbox"/> YES/SÍ	
						<input type="checkbox"/> YES/SÍ	

NEW MEDICATION, IF APPLICABLE/ NUEVOS MEDICAMENTOS, SI PROCEDE:

Medication/ Medicamentos:	Dose/ Dosis:	How Often You Take the Medication/Frecuencia con que toma el medicamento:	Route of Administration (oral, topical, injection)/ Vía de administración (oral, tópica, inyección):	Date Started/ Fecha de inicio:	Prescriber/ Médico que receta:	Stopped/ Terminación:	Date Stopped/ Fecha de terminación:
						<input type="checkbox"/> YES/SÍ	
						<input type="checkbox"/> YES/SÍ	
						<input type="checkbox"/> YES/SÍ	
						<input type="checkbox"/> YES/SÍ	

REVIEWED BY PATIENT (EVERY VISIT)/ REVISADO POR EL PACIENTE (CADA VISITA):

<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente	<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente	<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente	<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente
<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente	<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente	<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente	<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente
<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente	<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente	<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente	<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente
<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente	<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente	<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente	<input type="checkbox"/> _____/_____/20 Patient Signature/ Firma del paciente