Facultad de Odontología de la Universidad de Minnesota

Lista de medicamentos

N.° de expediente dental_____

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, inicial de segundo nombre)

_____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Debe llenarlo el paciente

Medicamento y dosis	Condición recetada para	mm/aaaa de inicio	Para uso del dentista: Sección de actualización (escriba la fecha del cambio y la nueva dosis de medicamento. Si lo descontinuó, escriba D/C)		
			Fecha/cambio	Fecha/cambio	Fecha/cambio