

Historia clínica personal



Nombre: Dirección:

Teléfono: Correo electrónico:

Seguro médico: Grupo: Número de póliza:

Médico y otro proveedor de atención médica	Teléfono	Dirección	Fecha de la última cita	Fecha de la próxima cita
Medicamentos	Dosis	Frecuencia/hora del día	Dosis	Frecuencia/hora del día

Medicamentos	Dosis	Frecuencia/hora del día	Dosis	Frecuencia/hora del día

** En la lista de los medicamentos, no olvides incluir todas las vitaminas y suplementos que uses.*

Notas y recordatorios para las citas:

