Medication History Form

Formulario de medicamentos actuales

Patient Name: _____ **Date:** _____

Nombre del paciente Fecha

Allergic To Alergias	**Reaction or Side Effect** Reacción o efectos secundarios

Medications (Prescription, Non-Prescription, Vitamins, Herbs, Others)

Medicamentos (Con receta y sin receta, Vitaminas, Hierbas, Otros)

Medication Name Nombre del medicamento	**Dose** Dosis	**Frequency** Frecuencia