



**NACOGDOCHES  
G.I. CONSULTANTS**  
P L L C

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**MIS MEDICAMENTOS**

My lista de Medicamentos*	Hora/Día	Dosis (mg)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

My lista de Medicamentos Sin Receta *	Hora/Día	Dosis (mg)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*\*(Si necesita más espacio para enumerar los medicamentos, por favor continúe en la siguiente página)*

**Alergias Conocidas**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MI EQUIPO DE TRATAMIENTO MÉDICO**

	Nombre	Teléfono
Médico de Cabecera	_____	_____
Enfermera/TCM	_____	_____
Terapeuta	_____	_____
Psiquiatra	_____	_____
Otro	_____	_____
Otro	_____	_____

