

**DENTISTRY DIVINE SMILE, INC.**  
**100 E. PINE ST.**  
**DEMING, NM 88030**

**LISTA DE MEDICAMENTOS**

Su dentista necesita estar al tanto de todos los medicamentos que usted esta tomando. Favor de utilizar esta forma que le ayudara a recordar detalladamente los medicamentos. Puede incluir alguna otra informacion tocante alguna posible alergia o algun medicamento que tomo en el pasado y no obtubo ningun beneficio.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	LA RAZON POR CUAL TOMA EL MEDICAMENTO	NOMBRE DEL DOCTOR QUE RECETO EL MEDICAMENTO	CUANTO TIEMPO TIENE TOMANDO SU MEDICAMENTO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

**OTROS COMMENTARIOS:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---