ASOCIACION PARA LA EDUCACION INTEGRAL EN SALUD

TARJETA DE MEDICAMENTOS

NOMBRE: _____ **CAMA:** _____

HISTORIA CLINICA: _____

MEDICAMENTO	M		T		N		FIRMA

ASOCIACION PARA LA EDUCACION INTEGRAL EN

TARJETA DE MEDICAMENTOS

NOMBRE: _____ **CAMA:** _____

HISTORIA CLINICA: _____

MEDICAMENTO	M		T		N		FIRMA

ASOCIACION PARA LA EDUCACION INTEGRAL EN SALUD

TARJETA DE MEDICAMENTOS

NOMBRE: _____ **CAMA:** _____

HISTORIA CLINICA: _____

MEDICAMENTO	M		T		N		FIRMA

ASOCIACION PARA LA EDUCACION INTEGRAL EN

TARJETA DE MEDICAMENTOS

NOMBRE: _____ **CAMA:** _____

HISTORIA CLINICA: _____

MEDICAMENTO	M		T		N		FIRMA