

MES: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (Indicado en el envase y/o receta médica, puede ser el comercial o el compuesto químico)	ASPECTO DEL MEDICAMENTO (Formato: comprimido, cápsula, jarabe, parche, inyectable, polvo, crema, etc; color y forma)	DOSIS (Cantidad que debe tomar en el/los horarios indicados en la receta)	HORARIO		
					



CENDHY
CENTRO DE NUEVOS FÁRMACOS
PARA HIPERTENSIÓN

