



**Cuadro para My Easy
Drug System™
(MEDS)**

versión 4.2.5

Nombre: _____

Fecha en que se completa: _____

PCP (Proveedor de atención primaria): _____

Alergias: _____

Nombre del medicamento y concentración	Cuándo y cuántos				¿Cómo está funcionando?	
					USTED	RESPUESTA DEL PROVEEDOR
¿POR QUÉ LO TOMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOTAS: 	
	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Según sea necesario					
¿POR QUÉ LO TOMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOTAS: 	
	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Según sea necesario					
¿POR QUÉ LO TOMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOTAS: 	
	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Según sea necesario					
¿POR QUÉ LO TOMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOTAS: 	
	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Según sea necesario					

OTRAS NOTAS: