QuadMed

TAKE CONTROL℠

PROGRAMA DE MANEJO DE AFECCIONES

LISTADO ACTUAL DE MEDICAMENTOS

Detalle todos los medicamentos y suplementos que esté tomando actualmente. Asegúrese de incluir la dosis y la hora del día en que los toma.

Nombre:_____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de finalización: _____

MEDICAMENTO	DOSIS	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	HORA DE ACOSTARSE
(ejemplo) METFORMINA	500 mg	X		X	

Programa TakeControl | (757) 327-4183 (tel.) | (757) 327-4226 (fax) | TakeControl@quadmedical.com (c. electrónico)
Correo postal a: HII Family Health Center, Attn: TakeControl, 4500 Washington Ave., Newport News, VA 23607

©2021 QuadMed, LLC. Todos los derechos reservados. | CCM052 NNS | Rev. 08.21
En determinados estados, la atención al paciente la proporciona un consultorio médico propiedad de un médico contratado por QuadMed.

For internal use only:
Clinical Date: # _____