QuadMed
TAKE CONTROL
CONDITION MANAGEMENT PROGRAM

LISTA ACTUAL DE MEDICAMENTOS

Enumere todos los medicamentos y suplementos que está tomando actualmente. Asegúrese de incluir la dosis y la hora del día en que toma cada medicamento.

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

MEDICATION	DOSIS	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	AL ACOSTARME
(ejemplo) METFORMINA	500 mg	X		X	

QuadMed TakeControl Program | 855.717.4688 (tel) | 414.566.8110 (fax) | TakeControl@quadmedical.com (correo electrónico)
Enviar a: QuadMed Sussex, Attn: TakeControl, W227 N6103 Sussex Rd., Sussex, WI, 53089

©2020 QuadMed, LLC.Todos los derechos reservados. | CCM026 | Rev. 11.20
En algunos estados, la atención al paciente se brinda a través de un consultorio médico privado contratado por QuadMed.

For internal use only:
Clinical Date: # _____