





**Mi Calendario de Medicinas**

<b>Mi Nombre</b>		<b>Mi Fecha de Nacimiento</b>	
<b>Nombre del Médico</b>		<b>Número de Teléfono del Médico</b>	
<b>Nombre de la Farmacia</b>		<b>Número de Teléfono de la Farmacia</b>	
<b>Mis Alergias</b>		<b>Fecha Inicial del Calendario</b>	

**Las Medicinas Que Tomo Cada Día/Las Medicinas Diarias**

Nombre(s) de la(s) medicina(s) con la dosis	 El Desayuno	 El Almuerzo	 La Cena	 La hora de acostarse	Razones para tomar la medicina	Notas/Instrucciones Especiales

**Las Medicinas Que Tomo Cuando Sea Necesario**

Nombre(s) de la(s) medicina(s) con la dosis	Como tomar la medicina	Razones para tomar la medicina	Notas/Instrucciones Especiales