Long Island Eye Surgery Center

LISTA DE MEDICAMENTOS:

Nombre: _____

ALGERIAS:_____REACCION: _____

Nombre de Medicamento(s)	DOSIS	ROUTA	CUANTA VESES AL DIA	ULTIMA DOSIS FECHA Y HORA

Todo los medicamentos por encima de admission reconsideradas

_____

Firma de enfermera Fecha

PARA USO DE LA OFICINA

☐ Dosages and/or Frequency not available