



## REGISTRO DE MEDICAMENTOS ACTUALES

El estado de California REQUIERE esta información

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FARMACIA	MEDICINA	DOCTOR	FECHA INICIAL	FECHA TERMINADA

**\*\*POR FAVOR Note:** Los Medicamentos deben estar bloqueados en todo el momento y mantenerse fuera de los niños. \*\*