

DOSIS FARMACOLÓGICA

NOMBRE COMPLETO: _____

RUT: _____

EDAD: _____

PESO: _____

SOLICITADO POR DR(A): _____

FÁRMACOS (Nombre comercial o compuesto)	DOSIS DIARIA (mg)	FRACCIONADA (1,2,3,4)	FECHA Y HORA DE LA ÚLTIMA DOSIS INGERIDA

NOTAS:

1. Favor indicar todos los fármacos que ingiere el paciente, por posibles interacciones, tanto metodológicas como farmacológicas.
2. Si no envía esta información, el paciente quedará pendiente de ingreso a nuestro software y análisis de la muestra hasta que envíe los datos pertinentes.

FÁRMACOS ADICIONALES

FÁRMACOS	DOSIS DIARIA (mg)	FECHA Y HORA DE ÚLTIMA DOSIS INGERIDA