Control de grupo

PROGRAMA:
Tratamiento del Tabaquismo

Fecha: **hora:**

Nombre	**Nº cpd promedio**	**Medicación**					**INDICACION**		**comentarios**
		Dosis que usa por día				**Intolerancia a la medicación**	**Dosis que usa por día**		
		TRN	BPN	Parch	VNC	SI (especificar)	TRN	BPN	