

DATOS DE LA FARMACIA	
FARMACIA:	
Dirección: CP - Ciudad: Provincia: Teléfono Contato: E-mail:	
Datos Del Paciente	
Paciente:	
Atención Farmacéutica:	

TEST DE MORINSKY-GREEN DE EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO
<b>1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad (especificar)?</b>
<input type="radio"/> Sí. <input type="radio"/> No.
<b>2. ¿Toma los medicamentos a las horas que le han indicado?</b>
<input type="radio"/> Sí. <input type="radio"/> No.
<b>3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?</b>
<input type="radio"/> Sí. <input type="radio"/> No.
<b>4. Si alguna vez la medicación le sienta mal, ¿deja de tomarla?</b>
<input type="radio"/> Sí. <input type="radio"/> No.