

#1



MINISTERIO
DE SALUD

Nombre _____

Número de expediente _____

Fecha _____ Peso _____

Mi medicamento es _____

Tomar el medicamento a la misma hora y todos los días

Mi próxima cita es _____

#2

Durante este mes me sentí



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

IntraHealth
INTERNATIONAL



PROYECTO CUIDADO Y TRATAMIENTO EN VIH