REGISTRO DE ASISTANCE DE MEDICAMENTOS

De acuerdo con IDAPA 16.03.19.400.01-02, el proveedor de CFH debe de ayudar al residente con los medicamentos recetados por su profesional de la salud según lo que indique en la orden escrita. Esto incluye medicamentos recetados y de venta libre, suplementos, y remedios caseros. Documente la asistencia con medicamentos a continuación. Para medicamentos PRN (según sean necesarios) use la parte de atrás de este registro. También documente omisiones o rechazos, dosis olvidadas por accidente, incluya la razón por la que se omitió la dosis y la respuesta del proveedor en un informe de incidente separado.

Nombre del Residente:	Nombre del Proveedor:	Mes:	Año:
Alergias del Residente:			

Medicamento, Dosis, y Ruta	Hora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	A.M.																															
	Mediodía																															
	P.M.																															
	Noche																															
	A.M.																															
	Mediodía																															
	P.M.																															
	Noche																															
	A.M.																															
	Mediodía																															
	P.M.																															
	Noche																															
	A.M.																															
	Mediodía																															
	P.M.																															
	Noche																															
	A.M.																															
	Mediodía																															
	P.M.																															
	Noche																															
	A.M.																															
	Mediodía																															
	P.M.																															
	Noche																															

MEDICAMENTOS PRN

(Según sean necesarios)

De acuerdo con 16.03.19.402.07.c., El proveedor debe conservar documentación indicando la razón por el cual le dio al residente con cualquier medicamento de PRN (según sean necesarios), incluyendo los medicamentos de venta libre y de venta con receta de PRN. Documento de asistencia con medicamentos PRN a continuación.

Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM o PM
Razón por cual fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM o PM
Razón por cual fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM o PM
Razón por cual fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM o PM
Razón por cual fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM o PM
Razón por cual fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM o PM
Razón por cual fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM o PM
Razón por cual fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM o PM
Razón por cual fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM o PM
Razón por cual fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM o PM
Razón por cual fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM o PM
Razón por cual fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM o PM
Razón por cual fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM o PM
Razón por cual fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM o PM
Razón por cual fue dada:	Resultado:		Firma:	