

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

De acuerdo con IDAPA 16.03.19.400.02.d., el profesional de salud del residente debe de aprobar los medicamentos de venta libre.

PROVEEDOR DE CFH

El proveedor es el adulto responsable de mantener el certificado y brindar atención al residente. .

Nombre Completo Legal:	Numero de Certificado.:
------------------------	-------------------------

RESIDENTE

El residente es le adulto vulnerable que vive en el hogar del proveedor para quien los medicamentos de venta libre fueron aprobados.

Nombre Completo Legal:	Fecha de Nacimiento:
------------------------	----------------------

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE / TRATAMIENTOS

Los siguientes medicamentos de venta libre y/o tratamientos son para el uso del residente.

CONDICION	MEDICAMENTO DE VENTA LIBRE/ TRATAMIENTO
Acido Estomacal/ Indigestión	
Alergias/ Congestión	
Resfriados	
Estreñimiento	
Diarrea	
Dolor/Fiebre	
Vitaminas/ Suplementos	

INSTRUCCIONES ESPECIALES

El profesional de salud puede usar la siguiente sección para dar instrucciones especiales sobre los medicamentos del residente.

_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--

AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD

La firma a continuación del profesional de salud indica que los medicamentos de venta libre y tratamientos están aprobados para el uso del residente.

Nombre:	Numero de Telefono: ()
Nombre de Agencia:	
_____	_____
FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD	FECHA