

# APROBACIÓN A MEDICAMENTOS DE AUTOADMINISTRACIÓN

De acuerdo con IDAPA 16.03.19.401, antes de permitir que el residente se auto administre sus medicamentos, el proveedor de CFH debe obtener la aprobación del profesional de salud del residente.

## RESIDENTE

*El residente es el adulto que recibe atención en el hogar del proveedor de CFH.*

Nombre Completo Legal: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Diagnosis: _____ _____	

## EVALUACIÓN

Esta evaluación se basa en la condición actual del residente evaluado hoy. Si su condición cambia, el proveedor de CFH debe de asegurarse que el profesional de salud reevalúe al residente. El profesional de la salud ha evaluado al residente en las siguientes áreas:

El residente entiende el propósito de cada medicamento.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El residente está orientado al tiempo y lugar y conoce las dosis y horarios adecuados de cada medicamento.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El residente entiende los efectos esperados, reacciones adversas o efectos secundarios, y sabe que acciones tomar en case de emergencia.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El residente puede tomar medicamentos sin ayuda o recordatorios.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

## APROBACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD

*La firma a continuación del profesional de salud indica que el residente está aprobado para auto administrarse medicamentos. Todas las preguntas en la evaluación deben evaluarse como "Si" antes de que el profesional de salud pueda dar su aprobación.*

Nombre: _____	Teléfono: (     ) _____
Nombre de Agencia: _____	
_____ <small>FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD</small>	_____ <small>FECHA</small>

## PROVEEDOR DE CFH

*El proveedor es el adulto responsable de mantener su certificado y de brindar atención a los residentes. Por favor devuelva este formulario a la siguiente persona:*

Nombre del Proveedor: _____		
Número de Teléfono: (     ) _____	Correo Electrónico: _____	
Dirección Postal: _____		
Ciudad Postal: _____	Estado Postal: _____	Código Postal: _____