



Registro de Administración de Medicamentos

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Mes/Año:

Alergias:

Medicamento	Fecha	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
	Inició																																
	Terminó																																
	Inició																																
		Terminó																															
	Inició																																
		Terminó																															
	Inició																																
		Terminó																															
	Inició																																
		Terminó																															

INSTRUCCIONES:

- A) Poner iniciales en el recuadro cuando se toma el medicamento.
B) Poner iniciales en un círculo cuando no se toma el medicamento.

C) Indique por qué no tomó la medicina en la parte de atrás del formulario.

D) Medicamentos según sea necesario (PRN): Indique razón, resultados y a quién se le informó en la parte de atrás del formulario.

COMENTARIOS:

SEGÚN SEA NECESARIO (PRN, de latín Pro Re Nata) Y MEDICAMENTOS NO ADMINISTRADOS

Fecha	Hora	Iniciales	Medicamento	Razón	Resultado		Iniciales	¿A quién se le informó?
						1		
						2		
						3		
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		
						14		
						15		
						16		
						17		
						18		
						19		
						20		
						21		
						22		
						23		
						24		

Adaptado del Formulario de Administración Médica, Centro Regional San Diego

Medication Administration Log



Office of Developmental Primary Care • UCSF Department of Family and Community Medicine • 500 Parnassus Avenue, MUE318, Box 0900
 San Francisco, CA 94143 • Tel: (415) 476-4641 • Fax: (415) 476-6051 • Email: odpc@fcm.ucsf.edu • Web: <http://odpc.ucsf.edu>