A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

ALERGIA A MEDICAMENTOS	SI		NO		DESCRIBA:	

B. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS

1. MEDICAMENTO	2. ADMINISTRACIÓN							
FECHA								
DOSIS, VIA, FRECUENCIA	HORA	RESPONSABLE	HORA	RESPONSABLE	HORA	RESPONSABLE	HORA	RESPONSABLE

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

ALERGIA A MEDICAMENTOS	SI		NO		DESCRIBA:	

B. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS

1. MEDICAMENTO	2. ADMINISTRACIÓN							
FECHA								
DOSIS, VIA, FRECUENCIA	HORA	RESPONSABLE	HORA	RESPONSABLE	HORA	RESPONSABLE	HORA	RESPONSABLE