

# Registro de Administración de Medicamentos (RAM)

Nombre a quién corresponde la atención:

1 Nombre del Cuidador: .....

Fecha Inicio de la semana .....

2 Nombre del Cuidador: .....

Fecha final de la semana .....

3 Nombre del Cuidador: .....

Quando administre medicamentos, ponga la hora y sus iniciales (sin una marca ni una cruz) en la casilla del día de la semana que asiste. Si no se administra el medicamento, agregue una letra clave como se indica a continuación (consulte la parte inferior de la hoja)

Medicación	Horario	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom
Nombre de la Medicación .....  Dosis .....  Vía .....  Frecuencia .....	Mañana .....							
	Almuerzo .....							
	Té .....							
	Cena .....							
	Noche .....							
Nombre de la Medicación .....  Dosis .....  Vía .....  Frecuencia .....	Mañana .....							
	Almuerzo .....							
	Té .....							
	Cena .....							
	Noche .....							
Nombre de la Medicación .....  Dosis .....  Vía .....  Frecuencia .....	Mañana .....							
	Almuerzo .....							
	Té .....							
	Cena .....							
	Noche .....							
Nombre de la Medicación .....  Dosis .....  Vía .....  Frecuencia .....	Mañana .....							
	Almuerzo .....							
	Té .....							
	Cena .....							
	Noche .....							
Nombre de la Medicación .....  Dosis .....  Vía .....  Frecuencia .....	Mañana .....							
	Almuerzo .....							
	Té .....							
	Cena .....							
	Noche .....							

Claves: **R** Rechazada **N** Náuseas **I** Interrumpida **D** Destruída **F** Orden Familiar **O** Otra Razón

Utilice más de una hoja si es necesario

