



SERVICIOS ASISTENCIALES	Código: SAS-15-26
ADMINISTRACION SEGURA MEDICAMENTOS	Versión: 01
FORMATO	Fecha: 12/02/2015

administración?	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
	Cual _____		Cual _____		Cual _____		Cual _____		Cual _____		
	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	
	Cual _____		Cual _____		Cual _____		Cual _____		Cual _____		
7. En caso de presentar reacción o interacción medicamentosa se debe reportar durante el turno.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	
	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	
	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	
	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	
	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica		
Nombre de Responsable de aplicación	Mañana										
	Tarde										
	Noche										
Firma Usuario o Acudiente:											

RECUERDA SIEMPRE: MANOS LIMPIAS PACIENTE SEGURO!!!