

**ASPIRANET RESOURCE FAMILY PROGRAM
RECORD DEL MEDICAMENTO MENSUAL**

Nombre: _____ **Médico:** _____ **Mes:** _____ **Año:** _____

Medicina:

Farmacia:

Método de Aprobación – Marque uno de los de abajo

Intensidad/cantidad:

Fecha Llenado:

RX#:

Aprobado en el formulario de OTC (RF-45)

Instrucciones:

Fecha de inicio:

No. of Refills:

Aprobación verbal del médico o profesional autorizado (en RF-06)

Custodia del Medicamento:

Fecha de Caducidad:

Médico que receto:

Receta del Médico Profesional Autorizado

Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

Hora																
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iniciales																
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hora																
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iniciales																
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hora																
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iniciales																
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Día	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Eliminado
-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----------

Hora																
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iniciales																
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hora																
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iniciales																
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hora																
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iniciales																
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medicina:

Farmacia:

Método de Aprobación – Marque uno de los de abajo

Intensidad/cantidad:

Fecha Llenado:

RX#:

Aprobado en el formulario de OTC (RF-45)

Instrucciones:

Fecha de inicio:

No. of Refills:

Aprobación verbal del médico o profesional autorizado (en RF-06)

Custodia del Medicamento:

Fecha de Caducidad:

Médico que receto:

Receta del Médico Profesional Autorizado

Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

Hora																
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iniciales																
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hora																
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iniciales																
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hora																
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iniciales																
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Día	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Eliminado
-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----------

Hora																
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iniciales																
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hora																
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iniciales																
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hora																
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iniciales																
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--