



CERTIFIED

FAMILY HOME PROGRAM

CERTIFICADO DE HOGARES FAMILIARES CUIDADOS MEDICOS BASICOS Y CONTROL DE INFECCIONES GUIA DE ESTUDIOS PARA ESTUDIANTES

Proveedor/Cuidador sustituto de CFH

Este curso satisface los requerimientos de IDAPA 16.03.19.402.01. Mediante la aceptación de la responsabilidad que se le confiere para asistir a un paciente con sus medicamentos, usted acepta voluntariamente y se declara capacitado para proporcionar ayuda según los lineamientos de este curso. También acepta responsabilizarse de sus acciones y fallas.



INDICE

Introducción

Propósito del curso	5
Departamento de Rechazos	5

UNIDAD 1 – Entendimiento Básico de Medicamentos

Asistencia con medicamentos	6
Requerimientos	6
Limitaciones	7

UNIDAD 2 – Almacenaje y Cuidado de los Medicamentos

Empaques y etiquetas	8
Almacenaje seguro	9
Compuestos químicos	10
Precauciones	11
Inventarios	10

UNIDAD 3 – Prescripciones y Farmacia

Información general	11
Etiquetas de precaución	11
Etiquetas informativas	12
Hojas de información médica	13
Surtir nuevos medicamentos	14

Diez preguntas clave	14
Resurtir ordenes de medicamentos ya existentes	15
Medicamentos sin receta [sobre el mostrador (OTC)]	16
UNIDAD 4 – Medicación Supervisada	
Seis reglas de la medicación supervisada	18
Medicamentos de pacientes de nuevo ingreso	18
La importancia de la medición	18
Reconocimiento de buenos resultados	19
Reconocimiento de malos resultados	19
Reconocimiento de reacciones alérgicas/ desfavorables	20
Uso de alcohol y drogas ilícitas	21
Vitaminas, hierbas y remedios caseros	21
Cuando contactar al profesional de la salud (doctor)	22
Desechar medicamentos	22
Sustancias controladas	24
UNIDAD 5 – Control de infecciones	
Recomendaciones generales	25
Importancia de lavarse las manos	25
Procedimientos para el lavado de manos	26
Desinfectante de manos a base de alcohol	26
Limpieza del hogar	27
Guantes	27

Artículos de higiene	28
UNIDAD 6 – Vocabulario y Abreviaciones	
Definiciones	29
Abreviaciones médicas	32
UNIDAD 7 – Formularios Médicos	
Medicamentos sin receta [sobre el mostrador (OTC)]	34
Aprobación para auto-administrar medicamentos	35
Record de asistencia con medicamentos	36
Medicamentos PRN (según sea necesario)	37
Inventario de narcóticos	38
Deshacerse de los medicamentos	40
Fuentes	
Números de Emergencia	41
Sitios Web	42

INTRODUCCION

Propósito

La finalidad de este curso es educar a los promotores y cuidadores sustitutos del Certificado de Hogares Familiares (CFH por sus siglas en inglés) en relación con la medicación segura y controlada de infecciones.

Si las necesidades de un paciente sobrepasan el curriculum de este entrenamiento, es posible que el promotor/cuidador sustituto requiera terminar y aprobar el “Curso sobre Asistencia con Medicación” disponible a través del Centro y Programa de Educación Técnica de Idaho.

La terminación satisfactoria de éste consistirá en la participación de habilidades prácticas y exámenes por escrito con un promedio aprobatorio del 80% o mayor.

Este curso satisface los requerimientos de IDAPA 16.03.19.402.01 “Cada persona que proporcione asistencia con medicamentos a un paciente debe ser un adulto que haya terminado satisfactoriamente y siga el curso “Asistencia con Medicación” disponible a través del Programa de Educación Técnica de Idaho aprobado por el Consejo de Enfermería del Estado de Idaho, u otro Departamento de entrenamiento autorizado”.

Departamento de Rechazos

Mediante aceptar la responsabilidad que le ha sido conferida de asistir a un paciente con sus medicamentos, el promotor/cuidador sustituto declara voluntariamente que está capacitado para proporcionar las habilidades requeridas. El promotor/cuidador sustituto también acepta responsabilizarse de sus acciones o fallas.

UNIDAD 1 - Entendimiento básico de los medicamentos

Asistencia con medicamentos:

Asistencia con medicamentos puede incluir:

- Romper o moler una tableta _____ (consultar con su profesional de la salud antes de trozar las medicinas).
- _____ gotas en ojos, oídos o nariz.
- Proporcionar el medicamento a través de un _____ o tubo gástrico (no nasogástrico) **(con la autorización por escrito de una enfermera autorizada, MD o PA)**.
- Asistencia con medicamentos _____ o tópicos.
- Inserción de _____

Requerimientos:

Un promotor de CFH debe:

- Reportar al profesional de la salud apropiado cuando un medicamento _____ tomado.
- Entender el _____ apropiado y los efectos _____ de las medicinas prescritas y sobre el mostrador (OTC por sus siglas en inglés).
- Saber cuáles envases o contenedores de medicinas son los _____.
- Usar utensilios o dispositivos de _____ adecuados.
- Mantener _____ precisos en relación con los medicamentos.
 - Ejemplos:
 - Inventario de narcóticos
 - Control de medicamentos tomados, incluyendo _____ hora y _____
- Saber qué es lo que se va a registrar y documentar.
 - Ejemplos:
 - Cualquier dosis del medicamento _____
 - Efectos adversos:
 - Una _____ en las habilidades del cliente para administrar sus medicamentos por sí mismo.

Limitaciones:

Un promotor de CFH que no está autorizado como profesional de la salud no puede:

- Preparar o poner _____
- Modificar o detener las dosis de medicamentos sin haber recibido indicaciones para hacerlo _____ de parte del profesional responsable de la salud del paciente.
- Comenzar, detener o modificar cualquier terapia _____
- _____ los medicamentos del paciente a un pastillero.

Autoadministración:

Si un familiar puede aplicar sus medicamentos por sí mismo, necesita que su profesional de la salud llene un formulario permitiéndole tomar sus propios medicamentos y guardarlos en su habitación. En caso de sustancias controladas, los promotores de CFH proporcionarán a los clientes una caja de seguridad con llave para mantener sus medicinas en su habitación o refrigerador (si es necesario)

Unidad 2 - Almacenaje y Cuidado de Medicamentos

Empaque de medicamentos:

Todos los medicamentos DEBEN* guardarse en su _____, A MENOS que un farmacéutico o enfermera autorizada _____ y etiquete un Mediset (dispensador diario de plástico, también conocido como pastillero) O un _____ (pastillas empaquetadas individualmente en una tarjeta sellada).

***IDAPA 16.03.19.402. ASISTENCIA CON MEDICAMENTOS.** El promotor/proveedor debe ofrecer asistencia con medicamentos a los pacientes que necesiten ayuda; sin embargo, solamente un profesional de la salud puede administrar medicamentos.

Antes de ayudar a los pacientes con sus medicinas, los promotores deben asegurarse de que las siguientes condiciones deben estar establecidas:

04. Empaques y Etiquetas.

- a) Las medicinas se encuentran en el empaque original proporcionado por la farmacia, con su propia etiqueta e instrucciones o en un envase original sobre el mostrador (OTC).
- b) Cada medicamento debe ser empacado por separado, a menos que se encuentre en un Mediset (pastillero), empaque de burbujas o sistema similar.
- c) Los medicamentos pueden ser colocados en una unidad de envase por una enfermera autorizada, cuando se encuentre apropiadamente etiquetado con el nombre de los medicamentos, dosis, hora para ser tomados, ruta de administración y cualquier indicación especial.



a. Bote de prescripción original

b. Empaque de burbuja



c. Pastillero llenado por un farmacéutico o enfermera autorizada



Almacenaje Seguro:

¡Los medicamentos DEBEN estar almacenados con seguridad en todo momento!

- Todos los medicamentos deben estar almacenados _____ para cada persona en la casa.
- Todas las medicinas deben ser almacenadas en un lugar seguro lejos del alcance de _____, adolescentes y visitantes.
- Si el medicamento es una sustancia controlada y/o un miembro de la casa tiene problemas de adicción a las drogas, las medicinas deben ser _____ en un contenedor o botiquín. Si el paciente se auto-administra sus medicamentos, el promotor de CFH le proveerá su propia caja de seguridad con cerradura y llave para almacenar las sustancias controladas

Componentes Químicos:

Los medicamentos son compuestos _____, su composición y potencia pueden ser afectados debido a la manera en que se almacenan.

- Almacene medicamentos en un lugar _____ y seco. Evite demasiada luz.
- Evite almacenar sus medicamentos en baños debido al vapor que se crea en ellos.
- Evite exponer los medicamentos al frío extremo o altas temperaturas, a menos de que las medicinas requieran estar en refrigeración. Designe un área _____ en el refrigerador como área de medicinas.

Precauciones:

Los promotores/cuidadores sustitutos de CFH NUNCA deben hacer lo siguiente:

- Combinar _____ medicamentos en una misma botella
- Almacenar o combinar medicamentos _____ en una bolsa de plástico
- Poner una pastilla _____ de regreso en una botella. Cualquier píldora o cápsula que no se reconozca puede ser llevada al farmacéutico para su identificación.

Inventarios:

Si el promotor de CFH está proporcionando ayuda con calmantes en base a opio (por ejemplo, Oxycodona, Hidrocodona, Morfina, Fentanyl, etc.) los medicamentos deben ser inventariados por lo menos cada _____ días. Un control de los inventarios debe guardarse con los controles médicos del cliente.

Unidad 3 - Prescripciones y farmacia

Información General:

Una prescripción médica o receta es ordenada por un profesional de la salud.

- Una vez que la medicina es recetada, el promotor de CFH es el responsable de asegurarse que las medicinas son _____ de la farmacia.
- Una prescripción médica es emitida por el profesional de la salud para tratamiento de síntomas, enfermedades y condiciones médicas.
- Las recetas médicas deben ser tomadas **SOLAMENTE** por la _____ para la cual fueron prescritas.
- Utilizar un medicamento prescrito por cualquier otra persona diferente a la cual fue recetada, se considera máxima negligencia, **y en algunos casos, puede ser acto _____ dependiendo de los medicamentos involucrados.**
- **Manténgase ALERTA** de los nombres de las medicinas que son _____. Asegúrese de que el medicamento correcto está siendo tomado.

Etiquetas de Precaución:

Las ETIQUETAS DE PRECAUCION estarán en los medicamentos que necesitan instrucciones especiales.

Refrigerar	 REFRIGERATE	 SHAKE WELL BEFORE USING	Mezclar bien antes de usar
Guardar en lugar fresco y seco	 STORE IN COOL, DRY PLACE	 AVOID PROLONGED OR EXCESSIVE EXPOSURE TO DIRECT AND/OR ARTIFICIAL SUNLIGHT WHILE TAKING THIS MEDICATION	Evite la luz solar directa o prolongada
Tomar c/galletas puede causar malestar estomacal	 THIS MEDICATION MAY UPSET YOUR STOMACH. TAKE IT WITH CRACKERS, BREAD, OR A SMALL MEAL	 TAKE THIS MEDICATION 1/2 HOUR BEFORE MEALS	Tomar este medicamento 30 min antes de cada comida
Para el ojo	 FOR THE eye	 KEEP OUT OF REACH OF CHILDREN	Mantener fuera del alcance de los niños
Tomar con agua abundante	 MEDICATION SHOULD BE TAKEN WITH PLENTY OF WATER	 DO NOT DRINK ALCOHOLIC BEVERAGES WHEN TAKING THIS MEDICATION	No tomar bebidas alcohólicas mientras toma este medicamento
Puede causar mareos	 MAY CAUSE DROWSINESS OR DIZZINESS	 FOR THE ear	Para el oído

Etiquetas de información

Información importante en las etiquetas médicas:

1. Nombre del _____
2. Nombre del profesional de la salud a cargo
3. _____ en que fue surtido
4. Fecha de _____
5. Número de _____
6. Nombres de la medicina. Algunos tienen dos: el _____ de marca y el _____
7. _____ de las medicinas
8. _____ de uso y con cuanta frecuencia tomar la medicina
9. Cualquier precaución
10. Indicaciones sobre el _____
11. Información para _____ con la farmacia.

The image shows a sample medical prescription label with several fields highlighted by red arrows and text boxes:

- Top Left:** "Huggen" logo and "2900 WOBURN BELLINGHAM WA 98226 (360) 715-5320".
- Top Right:** "09/25/2000" (date of original prescription).
- Center:** "RX 292614N" (circled in red), "DR. WALSH, JAMES", "DOE, JOHN", "1234 5TH ST BELLINGHAM WA 98226", "TAKE 1 TABLET EVERY 4 HOURS AS NEEDED", "ASPIRIN 325MG TABLET EC UTR TA".
- Bottom Left:** "NDC# 00677077101", "REFILL 0 TIMES BY 09/25/2001" (circled in red).
- Bottom Right:** "EXP: 09/25/2001" (circled in red).

Annotations with red arrows:

- "This is the prescription number." points to "RX 292614N".
- "This is the date of the original prescription" points to "09/25/2000".
- "This is the expiration date of the prescription and how many more times it can be refilled." points to "REFILL 0 TIMES BY 09/25/2001".
- "This is the expiration date of the drug within this container." points to "EXP: 09/25/2001".

Arriba izquierda: Número de receta (RX 292614N)

Abajo izquierda: Fecha de la receta original

Abajo centro: Fecha de caducidad y cuantas veces puede rellenar

Abajo derecha: Fecha de caducidad del medicamento dentro de este contenedor.

Hojas de información Médica

Todos los medicamentos vienen con hojas informativas. SIEMPRE mantenga estas hojas en los controles del paciente. La siguiente información importante se localiza dentro de la hoja de información médica

1. _____ del medicamento
2. Los _____ que se esperan del medicamento
3. Los posibles efectos _____
4. Reacciones adversas
5. Qué hacer si una dosis se _____
6. Que hacer en caso de una _____

Surtir nuevos medicamentos:

- Cuando una **nueva medicación** se prescribe, **es sumamente importante** que el medicamento sea _____ **de inmediato** o tan pronto como sea posible.
- Las recetas por escrito deben ser guardadas en un lugar _____ hasta que lo entregue a su farmacéutico.
- Lo mejor es utilizar la _____ para surtir todas las recetas de un paciente. Debe permitir que el paciente elija la farmacia.
- Utilizar **la misma farmacia** facilita al FARMACEUTICO la identificación de las medicinas que no es recomendable usar juntas.
- El farmacéutico maneja un perfil de _____ individual para la revisión de interacción o influencia de medicamentos.

- Si usted necesita surtir una **PRESCRIPCION MEDICA fuera de horario** y su farmacia está cerrada, puede utilizar una farmacia con servicio las 24 horas.

Diez Preguntas Clave

Pregunte a su farmacéutico estas cuestiones cuando trabaje con una nueva receta:

1. Los medicamentos recetados tienen 2(dos) nombres usados generalmente; ¿cuáles son los nombres _____ y _____ de esta medicina?
2. ¿Para qué está siendo _____ la medicina?
3. ¿Cuánta es _____ y con cuanta frecuencia?
4. ¿Qué debo hacer si _____ una dosis?
5. ¿Por _____ necesitaré tomar la medicina?
6. ¿Cuáles efectos _____ podrían ocurrir?
7. ¿Qué debo hacer si los efectos colaterales _____?
8. ¿Este medicamento interfiere con otras medicinas? ¿Pueden ciertos _____ interferir con esta medicina?
9. ¿Este medicamento _____ a otra medicina que actualmente tomo?
10. ¿_____ y cómo esta medicina debe ser almacenada?

Resurtir Pedidos de Medicamentos ya Existentes:

- No se deshaga de la receta de una medicina que se toma diariamente. La aplicación de los medicamentos no debe suspenderse cuando se ha ordenado que se tome a base diaria.
- _____ el tiempo para contactarse con el profesional de la salud a cargo de su paciente, farmacia y/o agencias autorizadas.
- Cuando una receta médica de uso diario necesita ser re-surtida, debe considerar muchos aspectos:
 - ¿El encargado profesional de la salud escribió en la receta que es para resurtir?
 - ¿Están disponibles los re-surtidos en la farmacia?
 - ¿Necesita contactarse con el profesional de la salud para que re-ordenen las medicinas?
 - ¿El medicamento requiere tener una autorización previa de su compañía de seguros o Medicaid?
 - Ocasionalmente, los médicos querrán ver al paciente en su consultorio antes de re-surtir medicamentos.

- Cuando queden _____ de medicina en reserva, contacte al responsable de salud médica o a la farmacia para que le re-surtan la receta.

Medicinas Sin Receta [Sobre el Mostrador (OTC)]:

Un medicamento no prescrito es medicina que se compra “sobre el mostrador” _____ o fuera de la plataforma. Medicinas no recetadas, _____ requieren una receta especial escrita por el profesional de la salud encargado, sin embargo, ellos _____ requieren una orden _____.

Que necesita saber sobre las medicinas sin prescripción:

- La utilización de medicamentos comprados no prescritos o “OTC” (sobre el mostrador) puede hacer que otras condiciones empeoren o _____ efectos secundarios no deseados.
- Cuando utilice medicamentos OTC, los pacientes y/o promotores que supervisan las necesidades médicas de los pacientes deben _____ **con su profesional de la salud o farmacéutico local sobre una posible interferencia de medicinas o sustancias químicas.**
- _____ las instrucciones de los medicamentos NO prescritos (OTC). Corre un alto riesgo de interferencia de medicinas cuando use medicamentos OTC. Debe tener especial cuidado con su uso.
- Las instrucciones para uso de medicinas OTC y dosis se imprimen en las etiquetas del medicamento.
- Ponga especial atención a las _____ asociadas con este tipo de medicinas.
- Debe desechar todos los medicamentos _____ (incluyendo la medicación OTC) dentro de 30 días. Los medicamentos que ya expiraron pierden su potencia y estabilidad química. Si está químicamente alterado, un medicamento puede tener un impacto inimaginable, que lo puede llevar a tener serios problemas de salud.

- Cuando ayude con medicamentos OTC, se requiere que los _____ en las hojas de control médicas, incluyendo una nota de la razón por la cual se administró este medicamento si es PRN (según sea necesario).
- El profesional de la salud a cargo necesita estar completamente consciente y al tanto de _____ los medicamentos que toma su paciente.

Unidad 4 - Supervisión de los Medicamentos

Seis reglas de medicación supervisada:

Cuando supervise medicamentos para un paciente, es OBLIGATORIO seguir Los SEIS PASOS CORRECTOS de la medicación supervisada:

1. La _____ está siendo proporcionada
2. Las medicinas se están dando por la _____ **CORRECTA**
3. La _____ **CORRECTA** de las medicinas está siendo tomada
4. La medicación está siendo administrada a la _____ **CORRECTA**.
5. Los medicamentos están siendo dados a la _____ **CORRECTA**.
6. La _____ **CORRECTA** se completó para comprobar que la fecha y hora de la medicina fue tomada por el paciente.

Medicamentos de pacientes de nuevo ingreso:

Cuando se inicia un paciente al servicio, haga un registro de todos los medicamentos que ingresan a su casa.

- No permita ningún medicamento _____ en su casa
- No permita ningún medicamento que actualmente no esté _____ en la casa. Si el paciente se rehúsa a esta disposición (está en su derecho) notifique a su profesional de la salud.

La importancia de la Medición:

- Nunca adivine la medida de dosis de medicinas. Utilice un dispositivo o utensilio de medir _____.
- Los utensilios de medir caseros no siempre son exactos.

- Si un medicamento líquido viene con una taza de medir, utilice solamente esa taza para el medicamento.
- Compre una _____ oral especial, o una _____ de medir para obtener una medición exacta de líquidos.

Reconocimiento de Buenos Resultados:

Sepa como reconocer las respuestas “positivas” de una medicación

- Cuando un paciente empieza una nueva medicación, es responsabilidad del promotor vigilar al paciente para la _____ planificada.
- Para reconocer la respuesta deseada, el promotor debe entender el _____ de la prescripción.
- Esta información se encuentra en las hojas informativas que se dan cuando surten sus recetas.

Reconocimiento de Malos Resultados

Sepa como reconocer las respuestas “negativas” de una medicación

- Cuando una nueva medicación empieza, observe al paciente para advertir respuestas _____ (negativas).
- Si ocurre una respuesta adversa, **debe** usted contactarse con el profesional de la salud del paciente, y documentar (registrar) el incidente.

Cuando aparecen reacciones alérgicas/efectos colaterales? Las reacciones alérgicas pueden mostrar muchos síntomas que pueden aparecer inmediatamente o hasta que hayan pasado varios días/semanas o aún meses o años.

RECUERDE: _____ medicamento puede tener un efecto adverso o inesperado en algún momento.

Reconocimiento de Respuestas Alérgicas/Desfavorables

Algunas _____ a los medicamentos conocidas deben **ESCRIBIRSE** en las hojas de registro de medicamentos de los pacientes y siempre reportar al doctor y farmacéutico.

Síntomas/Respuestas	Alergia a la medicina puede incluir	Respuesta desfavorable a la medicina puede incluir
De leve a moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Erupción • Comezón • Urticaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Nausea • Vómito • Diarrea • Dolor muscular • Dolor de cabeza • Cansancio • Somnolencia • Incapacidad para dormir
De severo a Necesidad de cuidados de Emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Hinchazón facial • Dificultad al respirar • Rápido cierre de la traquea • Mareos • Debilidad, desmayos • Latidos irregulares corazón 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado anormal • Problemas de riñón • Daño al hígado • confusión

Anafilaxia/Choque anafiláctico. Esta es una severa reacción alérgica que causa hinchazón y dificultades para respirar. Puede llevarle a la muerte si el tratamiento de emergencia no está disponible.

Llame al 9-1-1 si tiene sospechas de una reacción anafiláctica. Proporcione CPR si es necesario hasta que llegue el personal médico de emergencias. Tenga listos el nombre del medicamento y la dosis que tomó para comunicarlos al personal de emergencias.

Uso de alcohol y drogas ilícitas:

- Hay MAYORES _____ asociados con tomar bebidas alcohólicas o drogas ilícitas cuando está utilizando medicamentos prescritos o OTC
- _____ a su profesional médico y _____ cualquier droga ilícita y/o bebida alcohólica usada por el paciente.

Vitaminas, hierbas y remedios caseros:

Hay riesgos con el uso de vitaminas, hierbas y remedios caseros.

- Las vitaminas, hierbas y remedios caseros pueden _____ o disminuir los efectos de la medicación.
- El profesional de la salud debe ser _____ sobre el uso de vitaminas, hierbas y remedios caseros.
- Las vitaminas, hierbas y remedios caseros deben estar escritos y documentados en la hoja de registro de medicamentos y tener un formulario firmado por el profesional de cuidados médicos del paciente autorizando su uso.

Cuando contactarse con el profesional de la salud

Llame al profesional de la salud del paciente en los siguientes casos:

- Cuando se _____ a tomar las medicinas
- Medicamentos omitidos (no tomados)
- El paciente _____ la medicina dentro de los 20 minutos de que la tomó.
- El paciente tiene náuseas, vómito o diarrea.
- El paciente presenta píldoras o tabletas con la recubierta entérica intacta en su inodoro/heces fecales/defecaciones
- El paciente muestra cambios en su estado _____ confusión o estupor.
- Cualquier otro problema de esta naturaleza que se advierta.

Desechar Medicamentos:

Los medicamentos ya caducos o sin utilizar no deben ser guardados en su CFH por más de 30 días, a menos que tenga usted una orden de su profesional de salud de que el paciente necesite reasumir este medicamento posteriormente.

- La acción de deshacerse de los medicamentos necesita ser _____ y atestiguado por un testigo acreditado (no el paciente).

***IDAPA 16.03.19.402.08 ejemplos:**

- 08. Deshacerse de los Medicamentos.** Los medicamentos que han sido discontinuados por instrucciones del responsable de salud médica o han expirado, deben ser desechados por el promotor dentro de 30 (treinta) días posteriores a la orden o fecha de caducidad. Un informe escrito de todas las medicinas desechadas debe mantenerse en la casa e incluir:
- a. El nombre del medicamento
 - b. La cantidad de medicinas, incluyendo el número de píldoras de cada dosis, si aplica.
 - c. El nombre del paciente para quien las medicinas fueron prescritas.
 - d. La razón por la cual se desechan los medicamentos
 - e. La fecha en la cual el medicamento fue desechado.
 - f. El método que se usó para desechar el medicamento y
 - g. Una declaración firmada del proveedor y un testigo acreditado confirmando que se han desechado de los medicamentos.

Maneras responsables para deshacerse de los medicamentos son

- **Farmacia** – Aunque las farmacias no están legalmente obligadas a recibir estos medicamentos de parte de los consumidores, algunas farmacias las tomarán y enviarán a una compañía de desechos registrada.
- **Contenedores de Basura Peligrosa** – Muchas ciudades y pueblos tienen vecindarios con contenedores de basura peligrosa que tomarán los medicamentos que necesiten ser desechados.

- **Departamento de Policía** – Muchas estaciones de policía tienen un depósito de desperdicios donde se pueden desechar medicamentos no utilizados o caducados.
- **Métodos caseros aceptados para desechar medicamentos**
 1. En una bolsa sellada (ziplock) mezcle 1 cucharada de mesa de café, una cucharada de agua y el medicamento (píldoras, ungüentos o líquidos) triture las píldoras si es necesario. Ahora puede tirar la bolsa a la basura.
 2. En una bolsa sellada (ziplock) mezcle una cucharada de mesa de vinagre, una cucharada de arena de gatos o polvo y el medicamento. Ahora puede tirarlo al bote de la basura.
 3. Un parche puede doblarse a la mitad y colocarse en la basura.

Prácticas no deseables para desechar medicamentos son:

- **No** tire ningún medicamento a la _____. Pacientes, niños o animales pueden tomarlos de ahí, aún después de que la basura haya sido retirada
- **No vacíe** ningún medicamento por el _____. Muchos químicos no son filtrados a través del agua potable.

Sustancias controladas:

Hay que entender que los narcóticos (calmantes de dolor en base a opio), sicotrópicos (drogas que alteran la mente) y medicamentos antidepresivos pueden requerir un monitoreo muy cuidadoso del número de tabletas/píldoras que están tomando.

- Verifique que estos medicamentos están siendo tomados _____
- Los visitantes y/o familiares no pueden tener acceso a este tipo de medicinas
- Este tipo de medicamentos deben ser guardados _____
- Usted debe preguntar al farmacéutico si las medicinas son sustancias controladas; de ser así, deben ser inventariadas cada 30 (treinta) días y registradas (a menos de que el paciente sea capaz de auto-administrar sus medicamentos).

UNIDAD 5 – CONTROL DE INFECCIONES

Recomendaciones Generales:

En ocasiones, durante los cuidados, tanto los promotores como los pacientes están expuestos a las enfermedades infecciosas. Aquí hay algunas recomendaciones generales que pueden ayudarles a prevenir o minimizar la probabilidad de infectarse.

- Practique buenos hábitos de _____
- Asegúrese de cubrir cualquier herida _____
- Mantenga _____ al día.
- Use precauciones normales, incluyendo el uso apropiado del Equipo de Protección Personal _____ si es necesario
- Siga buenas _____ de lavado de manos.
- Promueva un sistema inmune saludable mediante:
 - Comer una dieta adecuada
 - Ejercitándose
 - Descansar adecuadamente
 - Reduciendo su nivel de estrés

Importancia de lavarse las manos:

Lavar las manos es

- Absolutamente esencial en la _____ y control de infecciones
- La manera más efectiva y _____ de controlar enfermedades infecciosas
- ¡Un hábito que debe practicarse!

Cuando se requiere lavar las manos:

- _____ de la asistencia con medicamentos.
- Después de usar el baño
- Después de sonarse la nariz, o tocarse la _____
- Antes de comer
- Después de proporcionar cuidados _____ un paciente.
- Cuando está notablemente _____
- Después de tener contacto con secreciones _____

- Después de manejar equipo sucio o polvoso.
- _____ y _____ de quitarse los guantes.
- Antes de la preparación de _____
- Después de realizar el cambio de trabajar con comida cruda a trabajar con alimentos listos-para-comer.

Procedimiento para lavarse las manos:

1. Moje sus manos con agua tibia
2. Aplique una generosa cantidad de jabón
3. Frote juntas _____ todas las superficies de la piel de sus manos por 20 segundos mínimo. *La _____ ayuda a remover el polvo y los microorganismos. *Lave alrededor y por dentro de los anillos, sobre las cutículas y bajo las uñas
4. _____ sus manos directamente bajo el chorro del agua, _____ echa fuera el polvo y residuos. *Coloque sus dedos hacia abajo para que el agua y la suciedad no escurran hacia los codos.
5. Seque completamente sus manos con una toalla limpia

Gel antibacterial para manos (desinfectante) con base a alcohol:

Si el agua y jabón NO están disponibles, use un desinfectante antibacterial de manos con base a alcohol-etanol (un mínimo del 62%) preferentemente en forma de gel. (Recuerde que los desinfectantes NO matan virus que transmiten esporas como el virus de Clostridium Difficile. Debe usted usar agua y jabón).

Guantes:

La Hepatitis B, Hepatitis C y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) son enfermedades causadas por virus. Estos virus son untados por contacto con sangre y fluidos corporales de personas infectadas. Hay una vacuna disponible para la Hepatitis B, pero actualmente no hay vacunas conocidas para la cura del SIDA o Hepatitis C. El uso de guantes reduce el riesgo de transmisión de esas enfermedades.

- Use guantes cuando tenga _____ con sangre, fluidos corporales
 - heridas abiertas.
- Use guantes cuando tenga contacto con artículos _____

- Cambie de guantes _____ tareas
- Cambie sus guantes después de tener contacto con _____ que pudiera estar contaminado.
- Quítese los guantes _____ después de usarlos
- Quítese los guantes _____ de tocar cosas y superficies no contaminados
- _____ sus manos después de quitarse los guantes.

Limpieza del hogar:

Entorno del hogar - Todos los promotores son responsables de asegurarse que la casa se mantiene aseada y limpia.

- Los materiales de _____ apropiados deben estar disponibles para utilizarse.
- Mantenga los químicos limpiadores _____ y lejos de peligros
- Mostradores, mesas y pisos – La comida derramada debe ser limpiada de manera _____ y no se le deje secar.
- Ropa de cama y otra ropa - El lavado de la ropa de cama y ropa de lavandería debe ocurrir al menos semanalmente e _____ si se ensució con sangre o secreciones corporales.

Artículos de Higiene:

- Peri-cuidados (higiene de los genitales)- Algunos clientes pueden necesitar ayuda al ir al baño. Las técnicas apropiadas de higiene incluyen limpieza del _____ hacia _____ para prevenir contaminaciones cruzadas e infección.
- Bañarse – Todas las áreas del baño y regaderas necesitan estar minuciosamente _____ después de cada uso.
- Artículos de uso personal – todos los pacientes deben tener sus _____ artículos de higiene que no se comparten con otros pacientes (por ejemplo: cepillo de cabello, pasta de dientes, etc.)

UNIDAD 6 – Vocabulario

Definiciones:

Reacciones Alérgicas - Una respuesta anormal del cuerpo a una sustancia. Puede tener un rango de leve a severo. Puede incluir urticaria, hinchazón y dificultad para respirar.

Analgésico - Un calmante (mitigador) del dolor

Antibiótico - Un químico que tiene el poder de disminuir el crecimiento o destruir bacterias y otros microorganismos; se da para tratar una infección

Contaminación - Una condición al estar sucio, manchado, tocado o comprometido de otra manera con agentes nocivos.

Sustancias Controladas – Medicamentos que pueden formar hábitos o adicciones y que son usualmente recetados para controlar el dolor, ansiedad, depresión o provocar sueño.

Diabetes - Una enfermedad del metabolismo; problemas con azúcar y almidón.

Suplemento dietético - Los minerales, vitaminas y otros ingredientes que pretenden complementar una dieta normal.

Desecho - Excreción de fluidos, pus u otros drenajes procedentes de un orificio/abertura del cuerpo o herida.

Dosis - La cantidad de medicamento tomado

Interacción de medicinas- Cuando una medicina incrementa o disminuye la acción de otra

Tubo Gástrico - Un tubo insertado directamente dentro del estómago para proporcionar nutrientes y medicamentos.

Medidas caseras - Utensilios de medición caseros o comprados en una tienda diferente a una tienda de suplementos médicos. Los artículos caseros para medir nunca deben usarse para las mediciones medicinales del paciente.

Infecciones - Invasión al cuerpo de virus o bacterias que causan enfermedades.

Etiquetas médicas - Etiquetas pegadas a la receta médica explicando para quien es el medicamento, nombre y dosis de la medicación, instrucciones de uso, nombre del profesional de la salud, prevenciones, fecha de expiración, el nombre de la farmacia y el teléfono, numero de rellenos pendientes e instrucciones para almacenar.

Inhalador de dosis medida - Dispositivo o utensilio designado para repartir una dosis medida de una medicina inhalada.

Minerales - Formas suplementarias de minerales esenciales en forma de píldora o tableta usada para complementar una dieta.

Medicamentos Narcóticos - Medicamento a base de opio usada para control del dolor

Nebulizador - Un utensilio que produce un vapor suave, reduciendo un líquido o talco a un fino vapor que se induce por la vía aérea

Medicamentos sin receta Over the Counter (OTC) - En español Sobre el Mostrador- Medicinas que se compran fuera de la plataforma oficial (se compran en cadenas de farmacias, supermercados, tiendas minoristas) que no requieren receta médica.

Medicamentos Pro Re Nata (PRN) (según sea necesario) Un medicamento o tratamiento ordenado por un profesional o una persona que permite que el tratamiento o medicina sea dada según se necesite y directamente.

Receta (prescripción) médica - Un medicamento está disponible solamente cuando el doctor escribe una receta formal y se obtiene a través de una farmacia.

Control de Medicamentos/Guardando los Records - Hacer una anotación escrita de que un medicamento fue tomado o no.

Medicamentos Marcados - Medicinas que tienen una ranura a través de la tableta permitiendo que puedan ser trozadas o rotas.

Efectos colaterales (secundarios) - Un efecto secundario y generalmente adverso causado por un medicamento (ejemplos son nauseas, pérdida o aumento de peso, diarrea, etc.).

Supositorio - Medicina compuesta por un medio suave y fácil de derretir para insertarse en el recto, uretra o vagina.

Tópico - Medicación que se aplica en la superficie de la piel, tal como una loción o parche médico que se absorbe a través de la piel.

Abreviaciones médicas:

BID - Dos (2) veces al día

TID - Tres (3) veces al día

QID - Cuatro (4) veces al día

PRN - Como se necesite

HS - Horas de sueño, tiempo de dormir

D/C – Descontinuar, no continuo, desecho

TSP - Cuchara cafetera (5 ml)

NKA - Alergias no conocidas

OD - Ojo derecho

OS - Ojo izquierdo

OU - Ambos ojos

PO - Por la boca

NPO - Nada por la boca

GTT - Gota

TBSP - Cuchara sopera (15 ml o 0.5 oz)

MG - Miligramo

CC (ML) - Centímetro cúbico, mililitro

c - con

s - sin

OTC - Over the counter (sobre del mostrador o sin receta)

Pc - Después de las comidas

AC - Antes de las comidas

STAT - Inmediatamente

Formularios médicos:

1. Medicamentos sobre el Mostrador [OTC over the counter (sin receta)]. Es OBLIGATORIO TENER un consentimiento por escrito de parte del profesional de la salud encargado del paciente antes de proporcionar medicamentos OTC
2. Aprobación de Autoadministración de Medicamentos -- Si el paciente auto-administra sus propios medicamentos, es OBLIGATORIO que tenga este formulario llenado por su profesional de la salud y guardado en los records del paciente.
3. Control (record) de Medicación Asistida (MAR) -- Es OBLIGATORIO registrar en MAR cuando los medicamentos recetados y OTC son tomados. Cuando un medicamento PRN es tomado, utilice el lado trasero del formulario MAR.
4. Inventario de Narcóticos -- Es OBLIGATORIO que se utilice un inventario médico de narcóticos cuando esté usted asistiendo con medicamentos a un paciente , al menos cada 30 días.
5. Control de Medicamentos Desechados -- Es obligatorio documentar cuando se deshace de medicamentos prescritos.
6. Hojas de Información Médicas -- Las hojas normales de Información Médica que acompañan los medicamentos obtenidos de la farmacia deberán conservarse en los records del paciente.

MEDICAMENTOS SOBRE EL MOSTRADOR/SIN RECETA (OTC)

Por cada IDAPA 16.03.400.02.d., el profesional de la salud del paciente debe aprobar los medicamentos OTC

PROVEEDOR DE HOGARES FAMILIARES CERTIFICADOS

El promotor es un adulto responsable de mantener el certificado de hogar familiar y proveer cuidados para el paciente.

Nombre completo	Número de Certificado
-----------------	-----------------------

PACIENTE

El paciente es el adulto vulnerable que vive en la casa del promotor para quien los medicamentos/tratamientos OTC se requiere llenar este formulario

Nombre completo	Fecha de nacimiento

MEDICAMENTOS/TRATAMIENTOS OTC

Los siguientes medicamentos y/o tratamientos OTC se proponen para uso del paciente

CONDICION	MEDICAMENTO/TRATAMIENTO OTC
Indigestión ácido estomacal	
Congestión / Alergias	
Resfrío / Influenza	
Constipación	
Diarrea	
Dolor/Fiebre	
Suplemento vitamínico	

INSTRUCCIONES ESPECIALES

El profesional de la salud puede usar la siguiente sección para dar instrucciones especiales relacionadas con los medicamentos del paciente

AUTORIZACION DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

La firma del profesional de la salud abajo indica que el tratamiento OTC es aprobado para uso del paciente

Nombre impreso	Teléfono de oficina ()
Nombre de práctica	
_____	_____
FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	FECHA

APROBACION PARA AUTO-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

De acuerdo con IDAPA 16.03.19.401, antes de permitir que un paciente se auto-administre sus propios medicamentos, el promotor de CFH deberá obtener la aprobación del profesional de la salud del paciente.

PACIENTE

El paciente es el adulto que recibe cuidados en el hogar familiar del promotor certificado

Nombre completo	Fecha de nacimiento
Diagnóstico	

EVALUACION

La evaluación está basada en la condición actual del paciente. Si la condición de él o ella cambia, el promotor certificado de hogar familiar deberá tener este formulario re-evaluado por el profesional de la salud. El profesional de la salud ha evaluado al paciente en las siguientes áreas:

El paciente entiende el propósito de cada medicamento	si ___ no ___
El paciente está orientado en tiempo y lugar y conoce la dosis apropiada y horarios para tomar su medicina	si ___ no ___
El paciente conoce los efectos esperados, reacciones adversas o efectos colaterales y sabe que hacer en caso de emergencia	si ___ no ___
El paciente está capacitado para tomar sus medicinas sin necesidad de ayuda o recordatorios	si ___ no ___

APROBACION DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

La firma del profesional de la salud abajo indica que el paciente de este formulario está aprobado para auto-administrar medicamentos. Todos los elementos de la lista de la evaluación deben haber sido marcados como "SI" antes que el profesional de la salud haya dado su aprobación

Nombre impreso	Teléfono de oficina
Nombre del profesional de la salud:	
Firma del profesional de la salud	Fecha

PROVEEDOR/PROMOTOR CERTIFICADO DE HOGARES FAMILIARES

El promotor es el adulto responsable de mantener el certificado de hogar familiar a los pacientes. Favor de regresar este formulario terminado como sigue:

Nombre del Profesional de la salud		
Número telefónico ()	Correo electrónico:	
Domicilio Postal		
Ciudad	Estado	Código Postal

REGISTRO DE MEDICACION ASISTIDA

Según IDAPA 16.03.19.400.01-02, el proveedor de hogar familiar certificado solo debe ayudar al residente con los medicamentos ordenados por el profesional de la salud del residente, como lo indica la evidencia escrita de la orden; Esto incluye medicamentos recetados y sin receta, suplementos y remedios caseros. Documente la asistencia con medicamentos a continuación, incluida la razón para ayudar al residente con medicamentos PRN en cada caso y el resultado (use el reverso de este formulario para medicamentos PRN). Documente las dosis perdidas de medicamentos recetados como incidentes, incluyendo por qué se perdió la dosis y la respuesta del proveedor.

Nombre del paciente:	Nombre del proveedor de la salud:	Mes:	Año:
Known Allergies:			

Medicina, Dosis & Ruta	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	
		A.M.	Mediodía	P.M.	Noche																												
	A.M.																																
	Mediodía																																
	P.M.																																
	Noche																																
	A.M.																																
	Mediodía																																
	P.M.																																
	Noche																																
	A.M.																																
	Mediodía																																
	P.M.																																
	Noche																																
	A.M.																																
	Mediodía																																
	P.M.																																
	Noche																																

MEDICAMENTOS PRN (Según sea Necesario)

Medicamento: Tylenol 500mg	Dosis: 1 Tab	Ruta: Oral	Fecha: 1/1/2019	Hora: 2:00 AM or <input type="checkbox"/> PM
Razón por lo que la medicina fue dada: Dolor de Cabeza 4/10	Resultado: El paciente reporta alivio de dolor 1/10		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM or PM
Razón por lo que la medicina fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM or PM
Razón por lo que la medicina fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM or PM
Razón por lo que la medicina fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM or PM
Razón por lo que la medicina fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM or PM
Razón por lo que la medicina fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medication:	Dosage:	Route:	Date:	Time: AM or PM
Reason Given:	Result:		Signature:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM or PM
Razón por lo que la medicina fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM or PM
Razón por lo que la medicina fue dada:	Resultado:		Firma:	
Medicamento:	Dosis:	Ruta:	Fecha:	Hora: AM or PM
Razón por lo que la medicina fue dada:	Resultado:		Firma:	

INVENTARIO DE NARCOTICOS

A los proveedores que asisten a pacientes con medicamentos prescritos se les requiere que documenten un inventario al menos mensualmente. Los medicamentos narcóticos son calmantes del dolor derivados del opio (por ejemplo Oxycodona, Hidrocodona, Morfina, Fentanil, etc.).

INFORMACION DEL PROVEEDOR/PROMOTOR

El promotor es el adulto que opera el certificado de hogar familiar y el responsable de manejar los medicamentos del paciente

Nombre del Proveedor:	Núm. de Certificado
-----------------------	---------------------

INVENTARIO INICIAL DE NARCOTICOS

Identificar el medicamento narcótico específico que es sujeto de inventariar registrado en este formulario considerado el inventario inicial de esta medicación. Regresar los medicamentos en su envase original después de contar la cantidad a la mano. Los narcóticos recetados nuevamente deberán ser inventariados después de surtir la receta; y será inventariarán otros 30 días en un nuevo certificado de hogar.

Nombre del medicamento:	Dosis:
Prescrito al paciente por:	Cantidad a la mano:
Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____	Hora AM ____ PM ____

INVENTARIOS SUBSECUENTES

Conducir y documentar inventarios subsecuentes de los narcóticos nombrados arriba al menos cada 30 días. La cantidad previa a-la-mano del primer inventario subsecuente equivale a la cantidad a-la-mano del inventario inicial de arriba, por consecuencia, la cantidad a-la-mano previa equivale a la cantidad a-la-mano del inventario subsecuente previo. Regrese las medicinas a su envase original cuando termine de contar la cantidad a-la-mano.

INVENTARIO FISICO		RECONCILIACION DE RECORDS	
Fecha:	Hora: A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	Previa cantidad a mano:	
Provider Signature: _____		(plus)	Cantidad resurtida en último inventario:
Cantidad a-la-mano:		(minus)	Cantidad dada desde último inventario
		(minus)	Cantidad destruida desde último inventario:
		(equals)	Reconciliación de records:
		INVENTARIO FISICO	
Fecha:	Hora: A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	Previa cantidad a mano:	
Provider Signature: _____		(plus)	Cantidad resurtida en último inventario:
Cantidad a-la-mano:		(minus)	Cantidad dada desde último inventario
		(minus)	Cantidad destruida desde último inventario:
		(equals)	Reconciliación de records:
		INVENTARIO FISICO	
Fecha:	Hora: A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	Previa cantidad a mano:	
Provider Signature: _____		(plus)	Cantidad resurtida en último inventario:
Cantidad a-la-mano:		(minus)	Cantidad dada desde último inventario
		(minus)	Cantidad destruida desde último inventario:
		(equals)	Reconciliación de records:
		INVENTARIO FISICO	
Fecha:	Hora: A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	Previa cantidad a mano:	
Provider Signature: _____		(plus)	Cantidad resurtida en último inventario:
Cantidad a-la-mano:		(minus)	Cantidad dada desde último inventario
		(minus)	Cantidad destruida desde último inventario:
		(equals)	Reconciliación de records:

INVENTARIO FISICO		RECONCILIACION DE RECORDS
Fecha:	Hora: A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	Previa cantidad a mano:
Provider Signature:		(plus) Cantidad resurtida en último inventario:
Cantidad a-la-mano:		(minus) Cantidad dada desde último inventario
		(minus) Cantidad destruida desde último inventario:
		(equals) Reconciliación de records:
INVENTARIO FISICO		RECONCILIACION DE RECORDS
Fecha:	Hora: A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	Previa cantidad a mano:
Provider Signature:		(plus) Cantidad resurtida en último inventario:
Cantidad a-la-mano:		(minus) Cantidad dada desde último inventario
		(minus) Cantidad destruida desde último inventario:
		(equals) Reconciliación de records:
INVENTARIO FISICO		RECONCILIACION DE RECORDS
Fecha:	Hora: A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	Previa cantidad a mano:
Provider Signature:		(plus) Cantidad resurtida en último inventario:
Cantidad a-la-mano:		(minus) Cantidad dada desde último inventario
		(minus) Cantidad destruida desde último inventario:
		(equals) Reconciliación de records:
INVENTARIO FISICO		RECONCILIACION DE RECORDS
Fecha:	Hora: A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	Previa cantidad a mano:
Provider Signature:		(plus) Cantidad resurtida en último inventario:
Cantidad a-la-mano:		(minus) Cantidad dada desde último inventario
		(minus) Cantidad destruida desde último inventario:
		(equals) Reconciliación de records:
INVENTARIO FISICO		RECONCILIACION DE RECORDS
Fecha:	Hora: A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	Previa cantidad a mano:
Provider Signature:		(plus) Cantidad resurtida en último inventario:
Cantidad a-la-mano:		(minus) Cantidad dada desde último inventario
		(minus) Cantidad destruida desde último inventario:
		(equals) Reconciliación de records:
INVENTARIO FISICO		RECONCILIACION DE RECORDS
Fecha:	Hora: A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	Previa cantidad a mano:
Provider Signature:		(plus) Cantidad resurtida en último inventario:
Cantidad a-la-mano:		(minus) Cantidad dada desde último inventario
		(minus) Cantidad destruida desde último inventario:
		(equals) Reconciliación de records:
INVENTARIO FISICO		RECONCILIACION DE RECORDS
Fecha:	Hora: A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	Previa cantidad a mano:
Provider Signature:		(plus) Cantidad resurtida en último inventario:
Cantidad a-la-mano:		(minus) Cantidad dada desde último inventario
		(minus) Cantidad destruida desde último inventario:
		(equals) Reconciliación de records:

DESHACERSE DE LOS MEDICAMENTOS

Los medicamentos que han expirado o caducado o que han sido discontinuados por el profesional de la salud del paciente deben ponerse a disposición del promotor de CFH por no más de 30(treinta) días de calendario.

INFORMACION DEL PACIENTE

El paciente es el adulto vulnerable que vive en la CFH del proveedor cuyos medicamentos están siendo dispuestos para deshacerse de ellos.

Nombre completo	Fecha de nacimiento
-----------------	---------------------

INFORMACION DE DISPOSICION

Nombre del Medicamento:	Dosis:
Cantidad desechada:	
Razón por la cual se deshace de la medicación	
<input type="checkbox"/> La medicina fue discontinuada por el profesional de la salud del paciente <input type="checkbox"/> La medicina ha sobrepasado su fecha de expiración <input type="checkbox"/> Otro (favor de describir) _____	
Método de deshacerse del medicamento	
Firma del Proveedor-Promotor:	Fecha
Firma de Testigo Adulto (no puede ser el paciente)	Fecha

Nombre del Medicamento:	Dosis:
Cantidad desechada:	
Razón por la cual se deshace de la medicación	
<input type="checkbox"/> La medicina fue discontinuada por el profesional de la salud del paciente <input type="checkbox"/> La medicina ha sobrepasado su fecha de expiración <input type="checkbox"/> Otro (favor de describir) _____	
Método de deshacerse del medicamento	
Firma del Proveedor-Promotor	Fecha
Firma de Testigo Adulto (no puede ser el paciente)	Fecha

E M E R G E N C I A S

9 – 1 – 1

CONTROL DE ENVENENAMIENTO-----1-800-222-1222

Si usted sabe o sospecha que alguien ha ingerido un medicamento desconocido o ha tomado una sobredosis de su medicina, contacte al Control de Veneno INMEDIATAMENTE antes de contactar al doctor.

SERVICIOS DE PROTECCION AL ADULTO

Área I (Coeur d’Alene) -----1-800-786-5536

Área II (Lewiston) -----1-800-877-3206

Área III (Boise) -----1-844-850-2883

Área IV (Twin Falls) -----1-800-574-8656

Área V (Pocatello) -----1-800-526-8129

Área VI (Idaho Falls) -----1-800-632-4813

Si usted sabe o sospecha que un adulto vulnerable ha sido abusado, descuidado o explotado.

OTROS NUMEROS IMPORTANTES

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Fuentes

Sitios web:

Dale Carnegie Training

<http://www.cdc.gov/nceh/vsp/pub/handwashing/handwashingtips.htm>

<http://www.stanford.edu/dept/EHS/prod/researchlab/lab/handwashing.html>

<https://adminrules.idaho.gov/rules/current/16/160319.pdf>

LISTA COMPLETA DE REVISION DE HABILIDADES

Nombre _____

#	Habilidad Manual	Satisfactorio	No Satisfactorio
1	Lavado de Manos		
2	Cambiar guantes contaminados		
3	Medicamentos orales		
4	Medicamentos tópicos		
5	Dosis con medidores de dosis inhalados MDI		
6	Medicación con nebulizadores pre-mezclados		
7	Gotas o pomadas para ojos		
8	Gotas para oídos		
9	Medicamentos nasales		
10	Supositorios (rectales y vaginales)		

Firma del estudiante _____

Firma del compañero _____

Firma del instructor _____

Fecha _____