Registro del cuidador

Quién dio cada medicamento, a qué hora y cómo se sintió la persona

Persona cuidada: _____ Semana del: _____



Teléfonos importantes

Médico: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Familiar y teléfono: _____

Fecha	Hora	Medicamento y dosis	Lo dio	Iniciales	Cómo se sintió