

BUENAS PRACTICAS EN LA CONSULTA MEDICA
El consultorio amigable con el paciente



FORMATO DE REGISTRO DE ACTIVIDADES DURANTE LA SEMANA

Paciente: _____ Médico de contacto: _____

Fecha de actualización: _____ Teléfonos (consultorio/celular): _____

Deberán anotarse todos los medicamentos así como los cambios en las dosis.

No.	Tipo de Actividad (Repetitiva u ocasional)	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Comentarios adicionales
1	Baño, limpieza personal Registro de signos vitales Reponsable de la actividad	x	x	x	x	x	x	x	El baño y limpieza personal puede ser parcial o completo en función de las necesidades de cada paciente
2	Desayuno y dispensación de medicamentos Reponsable de la actividad	x	x	x	x	x	x	x	Basarse en recomendaciones de la Nutrióloga y en el formato de medicamentos
3	Aseo personal post-alimento Limpieza dental, excretas Reponsable de la actividad	x	x	x	x	x	x	x	Puede requerirse enjuagues, cambio de pañal o cuantificación de excretas en casos especiales
4	Ejercicio, manualidades o esparcimiento matutinos Reponsable de la actividad	x	x	x	x	x	x	x	Basarse en la recomendación del médico y el formato de registro
5	Comida y dispensación de medicamentos Reponsable de la actividad	x	x	x	x	x	x	x	Basarse en recomendaciones de la Nutrióloga y en el formato de medicamentos
6	Aseo personal post-alimento Limpieza dental, excretas Reponsable de la actividad	x	x	x	x	x	x	x	Puede requerirse enjuagues, cambio de pañal o cuantificación de excretas en casos especiales
7	Ejercicio, manualidades o esparcimiento vespertinos Reponsable de la actividad	x	x	x	x	x	x	x	Basarse en la recomendación del médico y el formato de registro
8	Cena y dispensación de medicamentos Reponsable de la actividad	x	x	x	x	x	x	x	Basarse en recomendaciones de la Nutrióloga y en el formato de medicamentos
9	Preparación para dormir Cambio de ropa y aseo personal Registro de signos vitales Reponsable de la actividad	x	x	x	x	x	x	x	Idealmente debe ser a la misma hora