





















Fichas para recetar medicinas a personas que no saben leer bien (vea pág. 64)





			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			





			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			





			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			

			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			





			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			





			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			





			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			





			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			





Fichas para recetar medicinas a personas que no saben leer bien (vea pág. 64)





			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			





			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			





			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			

			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			





			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			





			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			





			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			

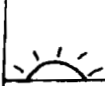



			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			





Fichas para recetar medicinas a personas que no saben leer bien (vea pág. 64)





			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			

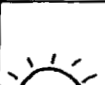



			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			





			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			

			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			

			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			

			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			

			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			

			
Nombre:			
Medicina:			
Para:			
Dosis:			

INFORME SOBRE EL ENFERMO

PARA IR A PEDIR AYUDA MÉDICA CUANDO NO PUEDE LLEVAR AL ENFERMO

Nombre del enfermo: _____ Edad: _____

¿Hombre o mujer? _____ ¿Dónde está? _____

¿Qué problema o enfermedad tiene ahora? _____

¿Cuándo empezó? _____

¿Cómo empezó? _____

¿Ha tenido el mismo problema antes? _____ ¿Cuándo? _____

¿Tiene calentura? ____ ¿Cuántos grados? __ ¿Desde cuándo la tiene? _____

¿Cuándo le da? ____ ¿Tiene dolor? _____ ¿Dónde? _____

¿De qué tipo? _____

Dé una descripción (con detalles) de todo lo siguiente que no esté normal:

Piel: _____ **Oídos:** _____

Ojos: _____ **Boca y garganta:** _____

Partes ocultas: _____

Orines: ¿Muchos o pocos? _____ ¿Color? _____ ¿Dificultad al orinar? ____

Detalles: _____ Veces en 24 horas: _____ Veces en la noche: ____

Excremento: ¿Color? _____ ¿Sangre o moco? _____ ¿Diarrea? _____

Veces al día: _____ ¿Calambres? _____ ¿Deshidratación? _____

¿Poca o mucha? _____ ¿Lombrices? _____ ¿De qué tipo? _____

Respiración: Veces por minuto: _____ ¿Profunda, corta o normal? _____

Dificultad al respirar (detalles): _____ Tos (detalles): _____

¿Resuello ruidoso? _____ ¿Moco? _____ ¿Con sangre? _____

¿Hay alguna de las SEÑAS DE ENFERMEADES GRAVES? (vea pág. 42) _____

¿Cuáles? (dé detalles) _____

Otras señas: _____

¿Está el enfermo tomando alguna medicina? _____ ¿Cuál? _____

¿Ha usado antes una medicina que le haya causado ronchas con comezón o algún otro trastorno? ____ ¿Qué medicina? _____

El estado del enfermo es: No muy grave: _____ Grave: _____ Muy grave: ____

Al reverso de esta hoja escriba cualquier información que pueda ser importante.

INFORME SOBRE EL ENFERMO

PARA IR A PEDIR AYUDA MÉDICA CUANDO NO PUEDE LLEVAR AL ENFERMO

Nombre del enfermo: _____ Edad: _____

¿Hombre o mujer? _____ ¿Dónde está? _____

¿Qué problema o enfermedad tiene ahora? _____

¿Cuándo empezó? _____

¿Cómo empezó? _____

¿Ha tenido el mismo problema antes? _____ ¿Cuándo? _____

¿Tiene calentura? _____ ¿Cuántos grados? _____ ¿Desde cuándo la tiene? _____

¿Cuándo le da? _____ ¿Tiene dolor? _____ ¿Dónde? _____

¿De qué tipo? _____

Dé una descripción (con detalles) de todo lo siguiente que no esté normal:

Piel: _____ **Oídos:** _____

Ojos: _____ **Boca y garganta:** _____

Partes ocultas: _____

Orines: ¿Muchos o pocos? _____ ¿Color? _____ ¿Dificultad al orinar? _____

Detalles: _____ Veces en 24 horas: _____ Veces en la noche: _____

Excremento: ¿Color? _____ ¿Sangre o moco? _____ ¿Diarrea? _____

Veces al día: _____ ¿Calambres? _____ ¿Deshidratación? _____

¿Poca o mucha? _____ ¿Lombrices? _____ ¿De qué tipo? _____

Respiración: Veces por minuto: _____ ¿Profunda, corta o normal? _____

Dificultad al respirar (detalles): _____ Tos (detalles): _____

¿Resuello ruidoso? _____ ¿Moco? _____ ¿Con sangre? _____

¿Hay alguna de las SEÑAS DE ENFERMEDADES GRAVES? (vea pág. 42) _____

¿Cuáles? (dé detalles) _____

Otras señas: _____

¿Está el enfermo tomando alguna medicina? _____ ¿Cuál? _____

¿Ha usado antes una medicina que le haya causado ronchas con comezón o algún otro trastorno? _____ ¿Qué medicina? _____

El estado del enfermo es: No muy grave: _____ Grave: _____ Muy grave: _____

Al reverso de esta hoja escriba cualquier información que pueda ser importante.

INFORME SOBRE EL ENFERMO

PARA IR A PEDIR AYUDA MÉDICA CUANDO NO PUEDE LLEVAR AL ENFERMO

Nombre del enfermo: _____ Edad: _____

¿Hombre o mujer? _____ ¿Dónde está? _____

¿Qué problema o enfermedad tiene ahora? _____

¿Cuándo empezó? _____

¿Cómo empezó? _____

¿Ha tenido el mismo problema antes? _____ ¿Cuándo? _____

¿Tiene calentura? ___ ¿Cuántos grados? ___ ¿Desde cuándo la tiene? _____

¿Cuándo le da? ___ ¿Tiene dolor? _____ ¿Dónde? _____

¿De qué tipo? _____

Dé una descripción (con detalles) de todo lo siguiente que no esté normal:

Piel: _____ **Oídos:** _____

Ojos: _____ **Boca y garganta:** _____

Partes ocultas: _____

Orines: ¿Muchos o pocos? _____ ¿Color? _____ ¿Dificultad al orinar? ___

Detalles: _____ Veces en 24 horas: _____ Veces en la noche: ___

Excremento: ¿Color? _____ ¿Sangre o moco? _____ ¿Diarrea? _____

Veces al día: _____ ¿Calambres? _____ ¿Deshidratación? _____

¿Poca o mucha? _____ ¿Lombrices? _____ ¿De qué tipo? _____

Respiración: Veces por minuto: ___ ¿Profunda, corta o normal? _____

Dificultad al respirar (detalles): _____ Tos (detalles): _____

¿Resuello ruidoso? _____ ¿Moco? _____ ¿Con sangre? _____

¿Hay alguna de las SEÑAS DE ENFERMEDADES GRAVES? (vea pág. 42) _____

¿Cuáles? (dé detalles) _____

Otras señas: _____

¿Está el enfermo tomando alguna medicina? _____ ¿Cuál? _____

¿Ha usado antes una medicina que le haya causado ronchas con comezón o algún otro trastorno? _____ ¿Qué medicina? _____

El estado del enfermo es: No muy grave: _____ Grave: _____ Muy grave: _____

Al reverso de esta hoja escriba cualquier información que pueda ser importante.