

CALENDARIO DE TRATAMIENTO

SEPTIEMBRE 2022	OCTUBRE 2022	NOVIEMBRE 2022	DICIEMBRE 2022
L M X J V S D 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	L M X J V S D 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	L M X J V S D 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	L M X J V S D 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
ENERO 2023	FEBRERO 2023	MARZO 2023	ABRIL 2023
L M X J V S D 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	L M X J V S D 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	L M X J V S D 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	L M X J V S D 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
MAYO 2023	JUNIO 2023	JULIO 2023	AGOSTO 2023
L M X J V S D 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	L M X J V S D 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	L M X J V S D 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	L M X J V S D 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
SEPTIEMBRE 2023	OCTUBRE 2023	NOVIEMBRE 2023	DICIEMBRE 2023
L M X J V S D 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	L M X J V S D 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	L M X J V S D 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	L M X J V S D 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

CENTRO REFERIDO:

NOMBRE:

TELÉFONO:

ENFERMERO/A REFERENTE:

TELÉFONO DE CONTACTO DEL PACIENTE:



CARNET DE TRATAMIENTO

NOMBRE:

APELLIDOS:

H.C. No:

ES-ABIM -0405 ES-AM-2000410

MEDICACIÓN

FECHA DE ADMINISTRACIÓN	HORA	MEDICAMENTO	DOSIS (mg)	LUGAR DE ADMINISTRACIÓN	OBSERVACIONES
	:			<input type="checkbox"/> GLÚTEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DELTOIDES IZQ / DER	
	:			<input type="checkbox"/> GLÚTEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DELTOIDES IZQ / DER	
	:			<input type="checkbox"/> GLÚTEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DELTOIDES IZQ / DER	
	:			<input type="checkbox"/> GLÚTEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DELTOIDES IZQ / DER	
	:			<input type="checkbox"/> GLÚTEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DELTOIDES IZQ / DER	
	:			<input type="checkbox"/> GLÚTEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DELTOIDES IZQ / DER	
	:			<input type="checkbox"/> GLÚTEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DELTOIDES IZQ / DER	
	:			<input type="checkbox"/> GLÚTEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DELTOIDES IZQ / DER	
	:			<input type="checkbox"/> GLÚTEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DELTOIDES IZQ / DER	
	:			<input type="checkbox"/> GLÚTEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DELTOIDES IZQ / DER	

DATOS PACIENTE

PESO (kg)	P.CINTURA (cm)	IMC (Kg/m ²)	GLUCEMIA (mg/dL)	PROLACTINA ng/mL (mUI/L)	COLEST. TOTAL (mg/dL)	PA (MM HG) FC
						PS / PD FC
						PS / PD FC
						PS / PD FC
						PS / PD FC
						PS / PD FC
						PS / PD FC
						PS / PD FC
						PS / PD FC
						PS / PD FC
						PS / PD FC

P. Cintura: perímetro cintura; **IMC:** índice de masa corporal; **Colest. Total:** colesterol total; **PA:** presión arterial; **FC:** frecuencia cardíaca; **PS:** presión sistólica; **PD:** presión diastólica