

Control del medicamento para el dolor (analgésico)

Utilice esta hoja para controlar la cantidad de analgésico que usted tome durante su recuperación. Pida a una persona de confianza que le ayude a llevar un registro de la cantidad de pastillas analgésicas que usted tome cada día. No tome ningún otro medicamento mientras esté tomando el analgésico, a menos que su médico le diga que puede hacerlo. No tome más medicamento que el que su médico le haya recetado, aún si todavía tiene un poco de dolor. Si aún tiene mucho dolor incluso después de tomar el analgésico, infórmele a su médico. **Dígales a quienes cuidan de usted que llamen al 911 si su respiración se hace lenta o se detiene, o si no pueden despertarle.**

Día, Fecha	Medicamentos	Dosis, Con qué frecuencia se puede tomar	Hora en la que se tomó	Cuándo puede tomar la dosis siguiente	Nivel de dolor			
					Antes	Después		
Lunes, 3/5/15	Ejemplo: Percocet	Dosis: <u>5 mg (1 píldora)</u> cada <u>6</u> horas, solo cuando la necesite	2:00 PM	8:00 PM	Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input checked="" type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input checked="" type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞

Lleve esta hoja a todas las citas de seguimiento con su médico.

CONTROL DEL MEDICAMENTO PARA EL DOLOR (ANALGÉSICO)

Día, Fecha	Medicamentos	Dosis, Con qué frecuencia se puede tomar	Hora en la que se tomó	Cuándo puede tomar la dosis siguiente	Nivel de dolor			
					Antes	Después		
Lunes, 3/5/15	Ejemplo: Percocet	Dosis: <u>5 mg (1 píldora)</u> cada <u>6</u> horas, solo cuando la necesite	2:00 PM	8:00 PM	Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input checked="" type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input checked="" type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas, solo cuando la necesite			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞

Pain Medicine Tracker