

**AGENCIA**  
Dirección  
Ciudad, NM  
871xx

Teléfono 505-xxx-xxxx; Fax 505-xxx-xxxx

**PLAN DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS PRN**

**I. INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA:**

<b>Nombre del consumidor:</b>	Mike Smith	<b>Seguro Social:</b>	
<b>Clase Jackson:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Edad:</b>	
<b>Teléfono:</b>		<b>Proveedor Residencial:</b>	
<b>Guardián:</b>		<b>Habilitación Vocacional:</b>	
<b>Región:</b>		<b>Agencia CM:</b>	
<b>Fecha anual del ISP:</b>		<b>CM Asignado:</b>	
<b>Fecha:</b>		<b>Número de teléfono:</b>	

**II. MÉDICO PRESCRIPTOR:**

<b>Nombre del medicamento:</b>	<b>Dosis:</b>	<b>Razón:</b>

**III. PRESCRIBING PHYSICIAN:**

<b>Nombre del Doctor:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Número de teléfono:</b>

**IV. ANTES DE ADMINISTRAR MEDICAMENTO:**

1. Como se describe en el Plan de apoyo más reciente, Mike puede estar cada vez más agitado, molesto y tener dificultades para controlarse si está muy frustrado, confundido o irritado.
2. Las señales que Mike está cada vez más molesto incluyen:
  - a- tono de voz "quejumbroso"
  - b- ritmo rápido
  - c- maldecir/gritar
  - d- pasándose las manos por la cara
  - e- golpear la mesa/la pared con el puño cerrado
  - f- 'golpear' su cabeza hacia adelante repetidamente
3. Si Mike muestra signos de mayor agitación, pruebe algunas de las siguientes tácticas para ayudarlo a calmarse:
  - a- darle espacio y tiempo para sí mismo – 5-10 minutos deben ser suficientes
  - b- preguntarle si le gustaria darse una ducha
  - c- ofrecer una merienda/bebida saludable
  - d- ofrecer tiempo para ver una película o escuchar música
  - e- darle más tiempo/espacio y luego volver a la interacción

**II. CONSIDERE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS PRN SI:**

- 1- Angustia emocional prolongada que dura (más de 30 minutos) (p. ej., llanto, gritos, palabrotas) que no mejora con la redirección o la interrupción de la interacción.
- 2- A la primera señal de amenaza física para sí mismo o para otros (por ejemplo, levantar el puño hacia otro, golpearse la cabeza, golpearse la pierna)

- 3- A la primera señal de cualquier sospecha de experiencia alucinatoria (por ejemplo, hacer referencia con miedo a una persona que no está allí)

**V. ADMINISTRE DOSIS RECETADA DE MEDICAMENTO PRN SI:**

- 1- Se han dado las circunstancias anteriores o se está desarrollando otro evento igualmente grave; Y.
- 2- Ha seguido cualquier/todas las demás pautas del **PLAN DE ENFERMERÍA DE SU AGENCIA RESIDENCIAL** que debe incluir llamar a la enfermera de la agencia para obtener la aprobación final antes de la administración.

**NOTIFIQUE AL BSC DE CUALQUIER/TODO USO DE PRN POR TELÉFONO O EN LA PRÓXIMA SESIÓN DE CONSULTA**

SU NOMBRE y FIRMA