

Registro de Administración de Medicamentos
con y sin Prescripción Médica
(Padres por favor llenar)

Fecha: _____ Nombre del niño (a) _____

Por favor administre a mi niño (a) el siguiente medicamento:

Nombre de la medicina prescrita o no prescrita: _____

Tiempo de administración: _____
Fecha de Inicio _____ Fecha Final _____

Dosis: _____ Horario de administración: _____

Debe refrigerarse: _____ Mantener a temperatura ambiente: _____

Fecha de expiración actualizada _____

El medicamento debe estar en el envase original. El padre administró la primera dosis sin efectos adversos.

Firma Del Padre/Madre o Guardián _____ Fecha _____

La medicina no prescrita citada anteriormente fue administrada de acuerdo a las instrucciones.

FECHA DE HOY	CANTIDAD	HORA	INICIALES DEL PROVEEDOR
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Error de medicación: Quien administró _____ Reacción adversa _____

Fecha administrada cantidad padre contactado hora del contacto instrucciones del padre

La porción remanente del medicamento ha sido devuelta al padre o madre sí _____ no _____

Firma del padre/madre o guardián _____ fecha _____

Si no fue devuelto, el medicamento fue descartado en una forma segura y adecuada
Sí _____ no _____

Firma del proveedor/a fecha fecha de archivo en la carpeta del niño