Registro de la Administración de Medicamentos

- Utilice esta hoja para registrar todos los medicamentos administrados en el programa de cuido de niños.
- Esta hoja se debe guardar con el formulario de consetimiento escrito de medicamentos que toma el niño.
- Todas las dosis de medicamentos que no se han administrado deben registrarse en esta hoja.

NOMBRE del NIÑO:_____ MEDICAMENTO:_____

LLENAR PARA TODA DOSIS ADMINISTRADA				**LLENAR CUANDO SE NOTEN EFECTOS SECUNDARIOS**		**LLENAR PARA ADMINISTRAR SOLAMENTE 'CUANDO SEA NECESARIO'**	
Fecha de administracion (M/D/A)	Dosis	Hora (AM o PM)	Administrado por (firma completa)	Efectos secundarios que se han notado	Los efectos secundarios se han notificado a los padres	Para los medicamentos 'cuando sea necesario', escribir los sintomas que presento el nino para necesitar el medicamento.	¿Se notifico a los padres cuando se administro el medicamento 'cuando sea necesario?
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□
					Si □ No□		Si □ No□

Este formulario continua al dorso.

Registro de la Administración de Medicamentos

Llenar esta seccion si el medicamento indicado anteriormente no se administro como estaba escrito en el formulario de consentimiento del nino

Fecha que no se administro	Descripcion de la razon por la que no se administro el medicamento	Se notifico a los padres	Firma del proveedor
		Si □ No□	
		Si □ No□	
		Si □ No□	
		Si □ No□	
		Si □ No□	
		Si □ No□	
		Si □ No□	
		Si □ No□	
		Si □ No□	

Comentarios: