

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Para el mes de: _____ Año: _____ Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: _____

Médico que receta el medicamento: _____ Nombre del medicamento: _____

Fecha de vencimiento: _____ Dosis: _____ Número de veces que se administra por día _____

Hora en que se dio el medicamento durante el día	DÍAS EN EL MES																																		
	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				

Médico que receta el medicamento: _____ Nombre del medicamento: _____

Fecha de vencimiento: _____ Dosis: _____ Número de veces que se administra por día _____

Hora en que se dio el medicamento durante el día	DÍAS EN EL MES																																				
	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						

Firma de la persona que administra el medicamento

Iniciales

Firma de la persona que administra el medicamento

Iniciales

Firma de la persona que administra el medicamento

Iniciales

Firma de la persona que administra el medicamento

Iniciales

INSTRUCCIONES

Los padres de crianza temporal que cuidan a un niño por el cual el Departamento es responsable, según la Regla 402 deben mantener un registro de cualquier medicamento que sea administrado al niño. Los medicamentos psicotrópicos así como también los medicamentos de receta y de venta libre para dificultades médicas deberán incluirse en este formulario. Se espera que el padre de crianza temporal complete este registro diariamente y presente una copia del mismo a su trabajador social una vez al mes.

1. Cada medicamento que se le administra al menor debe mostrarse en una tabla individual. Esto es para incluir todos los medicamentos de venta libre, tales como aspirina, medicamentos contra las náuseas o contra la diarrea.
2. La persona que administra el medicamento debe poner sus iniciales en la casilla correspondiente **cada** vez que da un medicamento al niño.
3. Si se pasa por alto una dosis, deje la casilla de la tabla en blanco y complete la información que se solicita a continuación.
4. Si un medicamento se comienza o se termina durante el mes, trace una línea en los días anteriores y/o posteriores.
5. La(s) persona(s) que administren los medicamentos deberán firmar y poner sus iniciales en el formulario.
6. Haga a continuación una lista de las fechas de todas las citas para obtener medicamentos, incluyendo las visitas no programadas y las canceladas.

DOSIS PASADAS POR ALTO (Anote la fecha, el nombre del medicamento y el motivo)

_____	_____	_____	_____
FECHA	NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y MOTIVO	FECHA	NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y MOTIVO
_____	_____	_____	_____
FECHA	NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y MOTIVO	FECHA	NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y MOTIVO

CITAS (Indique si alguna de ellas fue no programada o cancelada):

_____	<input type="checkbox"/> No programada	<input type="checkbox"/> Cancelada	_____	<input type="checkbox"/> No programada	<input type="checkbox"/> Cancelada
Fecha			Fecha		
_____	<input type="checkbox"/> No programada	<input type="checkbox"/> Cancelada	_____	<input type="checkbox"/> No programada	<input type="checkbox"/> Cancelada
Fecha			Fecha		