

Agencia de Servicios Humanos del Condado de Washoe OTC (En el Mostrador) Registro de Administracion de Medicamentos

Mes: _____
Año: _____

Niño: _____
 Edad: _____ FDN: _____
 Trabajador Social: _____
 Cuidador: _____
 Numero del Cuidador: _____

Al poner sus iniciales cada fecha/hora de administracion, usted esta verificando: 1. Ha obtenido consentimiento por escrito de parte del padre/guardian para administrar este medicamento .
 2. Yo le administre el medicamento y soy testigo que el/ella se lo tomo. 3. Yo reportare todos los errores de medicamentos y/o reacciones adversas del niño, al guardian dentro de las proximas 24 horas (verbal) y dentro de los proximos 2 dias trabajados (por escrito) y lo escribira en la seccion de notas. 4. Entiendo los posibles efectos secundarios e interacciones del medicamento (preguntele al Farmaceutico).

Dia del 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
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Medicamento:	HORA																														
Instrucciones del paquete y/o etiqueta: administre _____ cada ____ hrs como sea necesario por:	Iniciales																														
	HORA																														
____.Anulado por el Dr. (explique abajo)? <input type="checkbox"/>	Iniciales																														
	HORA																														
Notas (preocupaciones, errores, anulaciones, excepcion a las instrucciones, dosificacion.):	Iniciales																														
	HORA																														
	Iniciales																														
Medicamento:	HORA																														
Instrucciones del paquete y/o etiqueta: administre _____ cada ____ hrs como sea necesario por:	Iniciales																														
	HORA																														
____.Anulado por el Dr. (explique abajo)? <input type="checkbox"/>	Iniciales																														
	HORA																														
Notas (preocupaciones, errores, anulaciones, excepcion a las instrucciones, dosificacion.):	Iniciales																														
	HORA																														
	Iniciales																														
Medicamento:	HORA																														
Instrucciones del paquete y/o etiqueta: administre _____ cada ____ hrs como sea necesario por:	Iniciales																														
	HORA																														
Anulado por el Dr. (explique abajo)? <input type="checkbox"/>	Iniciales																														
	HORA																														
Notas (preocupaciones, errores, anulaciones, excepcion a las instrucciones, dosificacion.):	Iniciales																														
	HORA																														
	Iniciales																														