

Registro de medicamentos para cuidado de niños

Child Care Medication Log

Nombre del niño (nombre y apellido):			
Nombre del medicamento (como aparece en el envase):			
** Si no se administró un medicamento, debe documentar por qué. **			
Fecha	Hora	Dosis	Efectos secundarios observados (de haberlos)
Nombre de la persona que administró el medicamento: _____ <i>(nombre en letra de molde)</i> <i>(firma)</i>			
Fecha	Hora	Dosis	Efectos secundarios observados (de haberlos)
Nombre de la persona que administró el medicamento: _____ <i>(nombre en letra de molde)</i> <i>(firma)</i>			
Fecha	Hora	Dosis	Efectos secundarios observados (de haberlos)
Nombre de la persona que administró el medicamento: _____ <i>(nombre en letra de molde)</i> <i>(firma)</i>			
Fecha	Hora	Dosis	Efectos secundarios observados (de haberlos)
Nombre de la persona que administró el medicamento: _____ <i>(nombre en letra de molde)</i> <i>(firma)</i>			
Fecha	Hora	Dosis	Efectos secundarios observados (de haberlos)
Nombre de la persona que administró el medicamento: _____ <i>(nombre en letra de molde)</i> <i>(firma)</i>			
Fecha	Hora	Dosis	Efectos secundarios observados (de haberlos)
Nombre de la persona que administró el medicamento: _____ <i>(nombre en letra de molde)</i> <i>(firma)</i>			
Fecha	Hora	Dosis	Efectos secundarios observados (de haberlos)
Nombre de la persona que administró el medicamento: _____ <i>(nombre en letra de molde)</i> <i>(firma)</i>			
Fecha	Hora	Dosis	Efectos secundarios observados (de haberlos)
Nombre de la persona que administró el medicamento: _____ <i>(nombre en letra de molde)</i> <i>(firma)</i>			