CLARK COUNTY FOSTER PARENT MEDICATION LOG

REGISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS PADRES DE ACOGIMIENTO DEL CONDADO DE CLARK

clark county department of family services

DAILY MEDICATION LOG

REGISTRO DIARIO DE MEDICAMENTOS

INSTRUCTIONS: This log is to be completed and returned to DFS for every month in which the child is given medication. The log may be faxed to the DFS medical unit at 366-8520 or given to your caseworker at monthly visits. Each Medication row is divided into 4 rows to record up to 4 doses a day. Make copies and use additional sheets when needed. The first row is filled out in red. This is a sample for you to follow for a child who received Tylenol twice a day for three days. Please begin your log in the second box.

INSTRUCCIONES: Este registro se debe completar y entregar a DFS para cada mes en la cual dieron medicamentos al/a la menor. Pueden mandar el registro por facsímile a la unidad médica de DFS al 366-8520 o lo pueden entregar en persona a su trabajadora de casa en las visitas mensuales. Cada renglón de Medicamentos está divido entre 4 renglones para grabar hasta 4 dosis por día. Haga copias y use hojas adicionales cuando sea necesario. El primer renglón está llenado en rojo. Este es un ejemplo que usted puede seguir para un niño que recibió Tylenol dos veces por día por tres días. Por favor comience su registro en la segunda caja.

CHILD NAME: NOMBRE:

DOB: FECHA DE NACIMIENTO:

MONTH & YEAR: MES Y AÑO:

MEDICATION Medicamento	DOSAGE & FREQUENCY Dosis	HOUR Hora	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
Tylenol	200 mg tabs	8 AM				X	X	X																									
(Example)		12 PM																															
		4 PM				X	X	X																									
		8 PM																															

Caregiver Initials/Printed Name:

Iniciales del Padre/Madre de Acogimiento/Nombre en imprenta:

Allergies:

Alergias:

Effective Date 01/01/2009

CCDFS

CLARK COUNTY FOSTER PARENT MEDICATION LOG

REGISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS PADRES DE ACOGIMIENTO DEL CONDADO DE CLARK

COMMENTS

MEDICATION MEDICAMENTO	**ADMINISTRATION TIME/ DATE** ADMINISTRACION HORA/FECHA	**COMMENTS** COMENTARIOS **Side effects, doses missed, refused and reasons, etc; contacts with physicians, pharmacists and directions received. Any adverse reaction due to an administered drug; a medication error which is an apparent administration of an unprescribed drug or a prescribed drug at an incorrect frequency or dosage; or a client's refusal to take a prescribed medication is an incident that must be reported to your worker immediately.** Efectos secundarios, dosis no administrados o rechazados y motivos, etc. Contacto con médicos, farmacéuticos e instrucciones recibidas. Reacciones negativas debido a la administración de una droga; un error del medicamento que parece ser una administración de una droga no recetada o una droga recetada en la frecuencia o la dosis incorrecta; o si el menor rehúsa tomar el medicamento es un incidente que debe reportarse a su trabajadora inmediatamente.

DISPOSAL OF MEDICATION ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS

MEDICATION MEDICAMENTAL	**DOSE** DOSIS	**NUMBER/AMOUNT** NUMERO/CANTIDAD	**DOCTOR'S NAME** NOMBRE DEL MEDICO	**EXPIRATION DATE** FECHA DE VENCIMIENTO	**REASON/ METHOD OF DISPOSAL** MOTIVO/METODO DE ELIMINACION