

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |