Administración de Medicamentos

Nombre del Estudiante: _____ Nombre del Medicamento: _____

Nombre del doctor: _____Número de Teléfono: _____

Necesita estar en la nevera: _____Si_____No Dosis: _____

Hora de administración: _____ Cuantas veces al día: _____

Fecha para la administración del medicamento: Desde: _____Hasta: _____
(fecha) (fecha)

Instrucciones especiales: síntomas, signos de que necesita el medicamento, alguna indicación antes o después de administrarla: _____

_____

Yo estoy de acuerdo y doy permiso a la academia ANDI para administrar medicamentos a mi hijo/a como se indica anteriormente.

_____ _____
Firma de padre, madre o encargado Fecha

Personal de la Academia para Niños y su Desarrollo Integral			
Fecha Administrada (mm/dd/aa)	Hora (AM/PM)	Reacciones/notas	Iniciales del Personal

Esta información es confidencial y no puede compartirse ni divulgarse sin el permiso por escrito de los padres.