REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
Y
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Nombre del niño(a): _____

Nombre del medicamento: _____

Cantidad de la dosis: _____ Administrado a las : _____
(1 tableta, 1 cucharadita) *Hora(s) del día*

Administrado vía: _____
Describa - ¿Oral? ¿Uso externo?

Administrado desde: _____ Hasta: _____
Fecha *Fecha*

Autorizado por: _____ Fecha: _____
Firma del padre/madre/encargado(s)legal

FECHA EN QUE SE ADMINISTRÓ EL MEDICAMENTO	HORA EN QUE SE ADMINISTRÓ EL MEDICAMENTO	ADMINISTRADO POR Firma / Iniciales