

Monthly Medicine Record Registro mensual de medicamentos

Nombre del niño/a: _____

Mes _____ Año _____

Alergias conocidas:

Permiso de los padres para administrar medicamentos: Autorizo a la guardería a administrarle los siguientes medicamentos a mi hijo/a.

Fecha:	Firma de los padres para autorización:	Nombre del medicamento que figura en la etiqueta:	Dosis que figura en la etiqueta:	Horario en que se debe administrar en la guardería: ¹	Vía de administración que figura en la etiqueta:	Efectos secundarios posibles:	Almacenamiento: <input type="checkbox"/> Refrigerar <input type="checkbox"/> No necesita refrigeración	
<input type="checkbox"/> El medicamento ha sido autorizado por un médico y el formulario de autorización se encuentra en el expediente de la guardería		Motivo por el que necesita tomar el medicamento:			Instrucciones especiales para administrar el medicamento: ²			Fecha de inicio de la administración: _____ Fecha de finalización de la administración: _____

Fecha:	Firma de los padres para autorización:	Nombre del medicamento que figura en la etiqueta:	Dosis que figura en la etiqueta:	Horario en que se debe administrar en la guardería: ¹	Vía de administración que figura en la etiqueta:	Efectos secundarios posibles:	Almacenamiento: <input type="checkbox"/> Refrigerar <input type="checkbox"/> No necesita refrigeración	
<input type="checkbox"/> El medicamento ha sido autorizado por un médico y el formulario de autorización se encuentra en el expediente de la guardería		Motivo por el que necesita tomar el medicamento:			Instrucciones especiales para administrar el medicamento: ²			Fecha de inicio de la administración: _____ Fecha de finalización de la administración: _____

Fecha:	Firma de los padres para autorización:	Nombre del medicamento que figura en la etiqueta:	Dosis que figura en la etiqueta:	Horario en que se debe administrar en la guardería: ¹	Vía de administración que figura en la etiqueta:	Efectos secundarios posibles:	Almacenamiento: <input type="checkbox"/> Refrigerar <input type="checkbox"/> No necesita refrigeración	
<input type="checkbox"/> El medicamento ha sido autorizado por un médico y el formulario de autorización se encuentra en el expediente de la guardería		Motivo por el que necesita tomar el medicamento:			Instrucciones especiales para administrar el medicamento: ²			Fecha de inicio de la administración: _____ Fecha de finalización de la administración: _____

Autorización de los padres para comunicarse con la farmacia y el médico: Autorizo a la guardería a comunicarse con la farmacia y el médico de hijo/a en el caso de que existan dudas o se origine una situación que involucre a mi hijo/a y la medicación.

Nombre de padre/madre (en imprenta): _____ Firma de padre/madre: _____ Fecha: _____

¹ El horario de administración del medicamento debe coincidir en el hogar, la guardería y cualquier otro programa al que asista el niño/la niña, como la escuela.

Pregúnteles a los padres el horario de administración en el hogar para que las dosis se distribuyan uniformemente y lograr un beneficio óptimo.

² El medicamento debe ser administrado antes de las comidas, después de las comidas, con la comida, con un líquido específico (agua o leche). Todas las instrucciones deben estar escritas en la etiqueta o en las instrucciones del medicamento. Si tiene dudas, llame a la farmacia que surtió el medicamento.

Monthly Medicine Record Registro mensual de medicamentos

Pegar
foto del
niño aquí

Nombre del niño/a: _____

Mes _____ Año _____	Día del mes																															
Medicamento, dosis y vía ↓	Horario ↓	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
Ej.: Amoxicilina 250 mg, 1 cucharadita, oral	10 am	*																														

*Escriba sus iniciales en la casilla para indicar que se administró el medicamento. Escriba "A" cuando un niño está ausente. Escriba "O" si no se administra el medicamento por algún motivo. Documente el motivo por el que no se administró el medicamento y documente que los padres fueron informados.

Instrucciones para usar el Registro de Medicamentos:

- Primera columna: Registre el nombre del remedio, la dosis y la vía.
- Segunda columna: Registre el horario en que se administró el remedio en la guardería. Si el remedio se administra más de una vez por día, complete una fila nueva cada vez que administre el medicamento.
- Tercera – Última columna: La persona que mide y administra el remedio debe escribir sus iniciales en la fila (horario) y columna (fecha) correctas para indicar que administró el medicamento. Use las columnas numeradas del 1 al 31 para la fecha. La persona que mide la dosis del remedio es la única persona autorizada a administrar el medicamento.

Llame a *Healthy Child Care Iowa* al 1-800-369-2229 para ordenar copias gratis de este formulario.

Centro de Toxicología de Iowa: 1-800-222-1222