Rhode Island Department of Human Services

Formulario para la Administración de Medicamentos

Autorización		
Para ser completada por el padre de familia/tutor legal		
Nombre del Niño:		**Vía**
Fecha de Nacimiento:		☐ Oral ☐ Ojo: (Derecho/Izquierdo) ☐ Nasal: (Derecho/Izquierdo) ☐ Oído: (Derecho/Izquierdo) ☐ Piel ☐ Otro:_____
Medicamento:		
Refrigerado:	☐ Sí ☐ No	
Dosis:		
Horario:		☐ Ordenado por el Médico
Fecha de Inicio:		
Fecha de Finalización		Nombre del Médico:
Motivo de la Medicación:		

Autorizo que _____

Nombre del Proveedor/Programa

administre los siguientes medicamentos recetados o de venta libre al niño nombrado en este formulario. Además, le proporcionaré una lista de posibles efectos secundarios, obtenidos en la farmacia, de los medicamentos recetados.

Padre/Tutor (Imprenta)	Firma Padre/Tutor	Fecha

Registro de Administración del Medicamento					
Uso Exclusivo del Personal: Completar cada vez que se le administren medicamentos a este niño.					
Fecha	Hora	Medicación	Dosis	Notas	Iniciales del Personal