Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos - Head Start, Trabajadores Migratorios y de Temporada

MEDICINAS PARA USO EN SALÓN DE CLASES

NOMBRE DEL NIÑO: _____ TELÉFONO DE EMERGENCIA: _____

MAESTRO DEL NIÑO: _____

RAZÓN PARA LA MEDICINAS: _____

FIRMA DE UNO DE LOS PADRES: _____ FECHA: _____

PERSONA QUE TOMÓ LAS INSTRUCCIONES:

_____ TÍTULO: _____

COMENTARIOS: _____

Maestro: POR FAVOR REGISTRE LA HORA E INICIALES CUANDO ADMINISTRA LA MEDICINA

Nombre de la Medicina	Horario debe administrarse	Dosis que será administrada	Fecha Que Empieza
_____	_____	_____	_____

FECHA		FECHA		FECHA		FECHA		FECHA	
HORA	INICIALES	HORA	INICIALES	HORA	INICIALES	HORA	INICIALES	HORA	INICIALES

FECHA		FECHA		FECHA		FECHA		FECHA	
HORA	INICIALES	HORA	INICIALES	HORA	INICIALES	HORA	INICIALES	HORA	INICIALES

Describa algún cambio en la conducta o posibles-efectos secundarios asociados con esta medicina * _____

_____ Fecha _____

* Informe inmediatamente al Coordinador De Servicios de Salud

Escriba sus iniciales cuando administra la medicina mientras el niño está en el centro, documente la hora que administra la medicina inmediatamente después de cada dosis.