

Registro individual de medicamentos del niño en hogar de crianza

Nombre del niño: _____	Fecha de nacimiento: _____
Número del caso: _____	
Nombre del trabajador: _____	

Estatura del niño: _____	Peso del niño: _____
Nombre y firma de la persona que administra los siguientes medicamentos:	
Nombre en letra de molde: _____	
Firma: _____	
Primer día del registro: _____	Último día del registro: _____

VER INSTRUCCIONES Y EJEMPLO AL DORSO.

Nombre del medicamento y dosis	DÍA DEL MES																																				
	HORA	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					

Ver ejemplos al dorso para instrucciones específicas sobre la forma de llenar el formulario.

Instrucciones para llenar el formulario CF 1083, "Registro individual de medicamentos del niño."

Entregue este formulario completo al trabajador del caso y comience uno nuevo. La copia amarilla es para sus registros.

- ▶ Llene un formulario por cada niño bajo cuidado. Puede documentar más de un medicamento en cada formulario.
- ▶ Cuando termine el mes, envíe el formulario completo al trabajador del caso del niño y comience un nuevo formulario. Haga una copia para sus registros si lo desea.
- ▶ Escriba el nombre de los medicamentos recetados y la dosis a ser tomada en la primera columna.
- ▶ En la columna "Hora", indique la hora del día en que se debe tomar el medicamento; especifique si es por la mañana (AM) o por la tarde (PM). Use una línea para cada hora del día en que se debe administrar el medicamento de acuerdo con la receta.
- ▶ La persona que administra el medicamento debe escribir sus iniciales debajo del día del mes, a la hora del día en que se administró el medicamento. Si se saltea una dosis, ponga sus iniciales y haga un círculo en el día y hora en que no se administró el medicamento.

Las personas con discapacidades pueden solicitar este documento en diferentes formatos, tales como letra grande, Braille, grabaciones de audio, medios de comunicación por Internet y otros formatos electrónicos. Escriba a foster.care@state.or.us o llame al 503-945-6653 (voz) o al 503-945-5896 (TTY) para solicitar el formato que le sea más útil.

Nombre del medicamento y dosis	DÍA DEL MES																																
	HORA	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	
EJEMPLO																																	
Ritalina 10 mg.	7 AM	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St		
	12 PM	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St		
	4 PM	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St		
Clonidina 0.1 mg	7 PM	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St	St		
Amoxicilina 500 mg 3 X diarios	7 AM													St	St	St	St	St	St	St	St	St	St										
	2 PM													St	St	St	St	St	St	St	St	St	St										
	9 PM													St	St	St	St	St	St	St	St	St	St										