

MEDICATION CHART/FORMULARIO DE MEDICINA

Child's name: _____ Date: _____
Nombre del niño *Fecha:*

Medication Name: _____ Dosage: _____
Nombre de la medicina *Dosis:*

Time to be given: _____ Route of administration: _____
Hora de administrar *Ruta de administrar:*

Possible reactions to be reported to Physician: _____
Posibles reacciones para reportar al médico:

Children receiving medication at a childcare facility must have:
Los niños que reciben medicinas en el lugar de cuidado infantil tienen que tener:

- ☐ Original prescription bottle with drug name, date, child's name, prescribing physician's name, dosage and time to be given. *El frasco original de la receta con el nombre de la medicina, fecha, nombre del niño, nombre del médico, dosis, y la hora para administrarse.*
- ☐ Written consent from parent permitting childcare facility personnel to give medications to child and specifying times per day to be given. *Consentimiento escrito del padre que permite al personal del lugar de cuidado infantil dar medicinas al niño y especificando las veces al día de administrar.*

At Home En el Hogar		At Child Care Facility En el lugar de Cuidado Infantil				
Date Medication last given at home Fecha Última vez que se administró el hogar	Time Medication last given at home Hora Última vez que se administró el hogar	Date <i>Fecha</i>	Time <i>Hora</i>	Amount Given <i>Dosis que se le administró</i>	Reactions Noted <i>Reacciones Notadas</i>	Signature of Staff Person Giving Medication <i>Firma del personal que administró el medicamento</i>

