



Formulario de Instrucciones y Permiso para Administración de Medicamentos

Instrucciones de administración — MEDICAMENTOS REQUERIDOS

(Si hay más de dos medicamentos, complete esta página).

Horarios sugeridos para administrar: si el medicamento es sensible al tiempo y queda fuera de estos horarios, anótelo abajo.

3. Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____

Motivo/Diagnóstico: _____

Fecha de inicio: ____ / ____ / ____ Fecha de término: ____ / ____ / ____

Vía: Oral Inhalación Bucal Tópica Intramuscular Subcutánea G-Tube Otro: _____

SI ES DIARIO, hora(s) para administrar (marque todas las que correspondan):

Desayuno (8:30-9:00) Almuerzo (11:30-12:00) Cena (5:30-6:00) Antes de Dormir (8:30-9:15)

SI ES 'SEGÚN SE NECESITE', (PRN) frecuencia: Cada 4-6 hrs Cada 6-8 hrs. Otro: _____

SOLO PARA inhaladores, auto-inyectores de epinefrina u otros medicamentos de rescate aprobados por médico(a):

Lo trae consigo (el/la estudiante demuestra competencia) Guardar en Centro de Salud Other: _____

Otras instrucciones o precauciones (posibles reacciones): _____

4. Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____

Motivo/Diagnóstico: _____

Fecha de inicio: ____ / ____ / ____ Fecha de término: ____ / ____ / ____

Vía: Oral Inhalación Bucal Tópica Intramuscular Subcutánea G-Tube Otro: _____

SI ES DIARIO, hora(s) para administrar (marque todas las que correspondan):

Desayuno (8:30-9:00) Almuerzo (11:30-12:00) Cena (5:30-6:00) Antes de Dormir (8:30-9:15)

SI ES 'SEGÚN SE NECESITE', (PRN) frecuencia: Cada 4-6 hrs Cada 6-8 hrs. Otro: _____

SOLO PARA inhaladores, auto-inyectores de epinefrina u otros medicamentos de rescate aprobados por médico(a):

Lo trae consigo (el/la estudiante demuestra competencia) Guardar en Centro de Salud Other: _____

Otras instrucciones o precauciones (posibles reacciones): _____

5. Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____

Motivo/Diagnóstico: _____

Fecha de inicio: ____ / ____ / ____ Fecha de término: ____ / ____ / ____

Vía: Oral Inhalación Bucal Tópica Intramuscular Subcutánea G-Tube Otro: _____

SI ES DIARIO, hora(s) para administrar (marque todas las que correspondan):

Desayuno (8:30-9:00) Almuerzo (11:30-12:00) Cena (5:30-6:00) Antes de Dormir (8:30-9:15)

SI ES 'SEGÚN SE NECESITE', (PRN) frecuencia: Cada 4-6 hrs Cada 6-8 hrs. Otro: _____

SOLO PARA inhaladores, auto-inyectores de epinefrina u otros medicamentos de rescate aprobados por médico(a):

Lo trae consigo (el/la estudiante demuestra competencia) Guardar en Centro de Salud Other: _____

Otras instrucciones o precauciones (posibles reacciones): _____

Para uso del médico(a):

He revisado y autorizo la administración de los medicamentos listados como se indica para: _____

Nombre/consultorio del médico(a)

Firma del médico(a)

Fecha