DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA
ACUDEN
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Child Care DEL FUTURO

INFORME DE INCIDENTES RELACIONADOS A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del Centro:_____

1. **Nombre del niño(a):** _____ Fecha___/_____/_____
2. **Medicamento administrado:** _____

   Dosis administrada: _____

   Forma administración del medicamento ☐ **Líquida** ☐ **Cápsula** ☐ **Ungüento o Crema**

   Fecha: ____/_____/_____ **Hora:** _____

   Administrada por: _____
3. **Cambios observados en el niño(a):**

   _____

   _____

   _____

   Fecha____/_____/_____ **Hora**_____ **Firma** _____
4. **Notificado a:** _____

   ☐ **Padre, madre o encargado** ☐ **Médico del niño(a)** **Fecha:** _____
5. **Comentario:**

   _____

   _____

   _____

   _____ _____/_____/_____

   Persona que rinde el informe **Fecha**

Revisado: mayo, 2025