

**REGISTRO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CON Y SIN RECETA
EN CENTRO/HOGAR DE CUIDO**

Nombre del niño(a): _____

FECHA D/M/A	NOMBRE PERSONA QUE ENTREGA MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	HORA DE ADM.	DOSIS DE ADM.	NOMBRE PERSONA QUE ADMINISTRA MEDICAMENTO	NOMBRE PERSONA QUE RECOJE MEDICAMENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO

**REGISTRO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CON Y SIN RECETA
EN CENTRO/HOGAR DE CUIDO**

Página 2

Observaciones:

Revise si:

- Formulario de administración está completo
- El medicamento está en el envase original
- El medicamento está rotulado apropiadamente

Revisado: mayo 2025