REGISTRO DE RECETA MÉDICA DE MEDICACIÓN INDIVIDUAL DE OTC/CORTO PLAZO

Nombre del estudiante _____# de identificación _____

Fecha de nacimiento_____ Escuela_____Año Escolar_____

Nombre del medicamento: _____Dosis: _____

Hora de suministro del medicamento/instrucciones: _____

_____ _____
Firma de la enfermera e iniciales Firma de la enfermera e iniciales

_____ _____
Asistente de salud e iniciales Firma del personal e iniciales

_____ _____
Firma del personal e iniciales Firma del personal e iniciales

FECHA	HORA	INICIALES	SE NOTIFICA AL PADRE/MADRE	FECHA	HORA	INICIALES	SE NOTIFICA AL PADRE/MADRE