



CENDI: _____

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

FECHA: _____

NOMBRE DEL NIÑO(A)	GRUPO	MEDICAMENTO	DOSIS	09:00	09:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	FIRMA DE LA DERECHOHABIENTE

NOTA: No se administrarán medicamentos sin la entrega de su receta médica y firma del derechohabiente o tutor.