

Prescripción para las medicaciones (PRN) no recetadas (OTC)

Colocación Anual Fecha de la colocación: _____

Nombre del Niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Altura: _____ Peso: _____

Alergias: (alimento, medicinas, veneno, etc.) _____

Enumere Todas las Medicinas Actuales:

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ | 7. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ | 8. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ | 9. _____ |

Las regulaciones de Community Care Licensing (Título 22-80075 y 83075) requiere que los padres de crianza tengan la aprobación previa de un médico antes de poder administrar cualquier medicina no recetada. Apreciamos su ayuda en tener la prescripción específica del médico de las medicinas en cada uno de estas categorías para el niño/a nombrado arriba. Cualquier categorías no marcada requiere contactar por teléfono y/o en la oficina al médico antes de administrar cualquier medicina sin receta.

Para cada categoría, por favor **Marque** las medicinas que usted está prescribiendo, **CÍRCULE** si es tsp, tab, o mgs., e **INDIQUE** la cantidad y la frecuencia que usted le da al niño.

I. ANALGÉSICOS y ANTIPIRÉTICOS (para calmar el dolor y controlar la fiebre)

Acetaminophen:

Genérico Tylenol Liquiprim Panadol Otro: _____
 _____ tsp/tab/mgs cada _____ horas. No exceder de _____ dosis en 24 horas.

Ibuprofen:

Genérico Motrin Advil Otro: _____
 _____ tsp/tab/mgs cada _____ horas. No exceder de _____ dosis en 24 horas.

Contacte nuevamente al doctor si la fiebre persiste por más de 24 las horas, o si es más alta que _____ grados o si:

II. PREPARACIONES PARA LA TOS

Genérico Robitussin Dm Triaminic Dm Fórmula Pediátrica Vicks 44 Otro: _____
 _____ tsp/tab/mgs cada _____ horas. No exceder de _____ dosis en 24 horas.

Contacte nuevamente al doctor si:

III. DECONGESTIONANTES: (para la congestión o la nariz Tapada)

Genérico Sudafed Dimetapp Robitussin CF Triaminic Otro _____
 _____ tsp/tab/mgs cada _____ horas. No exceder de _____ dosis en 24 horas.

Contacte nuevamente al doctor si:

IV. ANTIESTAMÍNICOS: (para la piel y los síntomas de alergia nasal)

Genérico Allarest Comtrex Fórmula Pediátrico Vicks 44 Preparaciones de Actifed
 Preparaciones de Dimetapp Preparaciones de Benadryl Otro: _____
 _____ tsp/tab/mgs cada _____ horas. No exceder de _____ dosis en 24 horas.

Contacte nuevamente al doctor si:

V. PREPARACIONES PARA EL DOLOR DE GARGANTA:

Genérico Cepacol Chloraseptic Halls (Dulces) Sucrets Otro: _____
 _____ tsp/tab/sprays cada _____ horas. No exceder de _____ dosis en 24 horas.

Contacte nuevamente al doctor si:

NOMBRE DEL NIÑO:

VI. PREPARACIONES TÓPICAS PARA LA PIEL: (para las erupciones, eczema, costra, etc.)

Genérico Cortizone 5 Cortaid Bactine Mycltracin

Neosporin Otro: _____

Aplíquese _____ Veces al día. No exceder de _____ dosis en 24 horas.

Contacte nuevamente al doctor si:

Preparaciones Tópicas para la Piel: (para el pie de atleta, erupción causada por el pañal, gérmenes de infección en la piel)

Genérico Desitin Curex Lotrimin Otro: _____

Aplíquese _____ Veces al día. No exceder de _____ dosis en 24 horas.

Contacte nuevamente al doctor si:

VII. TRATAMIENTO PARA LOS PIOJOS: (Lea las instrucciones antes de administrar el tratamiento)

Genérico Nix Librado Otro: _____

Aplíquese _____ Veces al día. No exceder de _____ dosis en 24 horas.

Contacte nuevamente al doctor si:

VIII. MULTIVITAMINAS:

Genérico Centrum Uno al día Flintstones Otro: _____

_____ tsp/tab/mgs _____ Veces al día No exceder de _____ dosis en 24 horas.

Contacte nuevamente al doctor si:

IX. ANTIDIARREICO:

Genérico Kaopectate Pepto-Bismol Otro: _____

_____ tsp/tab/mgs cada _____ horas. No exceder de _____ dosis en 24 horas.

Contacte nuevamente al doctor si la diarrea continúa por más de 24 horas o si:

X. SOLUCIONES ORALES PARA LA REHIDRATACIÓN: (para vómito / diarrea):

Genérico Pedialyte Otro: _____

_____ Onzas cada _____ horas. No exceder de _____ dosis en 24 horas.

Contacte nuevamente al doctor si el vómito continúa por más de 24 horas o si:

XII. OTRAS MEDICINAS:

_____ tsp/tab/mgs cada _____ horas. No exceder de _____ dosis en 24 horas.

_____ tsp/tab/mgs cada _____ horas. No exceder de _____ dosis en 24 horas.

_____ tsp/tab/mgs cada _____ horas. No exceder de _____ dosis en 24 horas.

Contacte nuevamente al doctor si:

Nombre del médico

Teléfono

Dirección: Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Esta prescripción es efectiva para un año a partir de la fecha de firmada.

Firma Del Médico

Fecha