|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Centro y localidad:** |  | **Fechas de asistencia:** | Del DD/MM/AAAA al DD/MM/AAAA. |

**REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICINAS QUE ESTÉN TOMANDO EN ESTE MOMENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** | **MEDICAMENTO** | **ADMINISTRACIÓN** | | | **DOLENCIA/ENFERMEDAD** | **OBSERVACIONES** |
| **MAÑANA** | **TARDE** | **NOCHE** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*(Rellenad tantas hojas como sean necesarias, para completar los alumnos que traigan medicinas)*