



Departamento de Servicios para Niños de Tennessee
Registro de Administración de Naloxone

Fecha:	Hora:	
Nombre de la Persona que Administra:		Título/Puesto:
Nombre de la Persona que Recibe:		<input type="checkbox"/> Niño/Joven <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Visitante <input type="checkbox"/> Otro
Fecha de nacimiento:		# TFACTS (si es un joven/niño bajo custodia):
Ubicación:		
Signos de Sobredosis Presentes (marque las casillas):		<input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/> inconsciente <input type="checkbox"/> respiración nula/lenta <input type="checkbox"/> piel pálida/gris/azul y húmeda <input type="checkbox"/> pulso débil, lento o nulo <input type="checkbox"/> pupilas contraídas <input type="checkbox"/> ronquidos fuertes
Información de Administración de la Dosis		
Hora en que se Administró la Dosis #1:		
Hora en que se Administró la Dosis #2:		<input type="checkbox"/> No se necesitó
# de lote de Naloxone:		
Fecha de vencimiento:		
Respuesta de la Persona a Naloxone		
<input type="checkbox"/> Responde, pero está sedado		
<input type="checkbox"/> Responde, pero está alerta		
<input type="checkbox"/> No response		
Observación posterior a la administración de naloxona (marque las casillas):		<input type="checkbox"/> Agitación/Irritabilidad <input type="checkbox"/> Combativa <input type="checkbox"/> Confundida <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Convulsión <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Sensación de abstinencia
Disposición		
<input type="checkbox"/> Se notificó al EMS/911		
Transportada a la Emerg. Hospital <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, proporcione el motivo:		Transportada por: <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Otro

Formulario completado por: _____ Título/puesto: _____

Firma: _____ Fecha: _____