



Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee
Transferencia de medicamentos

Nombre _____ Fec. Nac. _____ Fecha _____

Los siguientes medicamentos se envían con este niño/joven a la nueva colocación:

Medicamento y dosis	Instrucciones	Recuento	No. de resurtidos
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Medicamentos recolectados/contados por: _____

Los medicamentos han sido sellados por: _____

Firma 1 _____ Firma 2 _____

Los medicamentos no se han sellado ☐

Al firmar a continuación, usted acepta que todos los medicamentos y los recuentos son precisos según lo indicado

Firma de la persona que libera los medicamentos Fecha _____

Firma de la persona que transporta los medicamentos Fecha _____

Firma de la persona o padre/tutor que recibe los medicamentos Fecha _____

Los medicamentos han sido sellados por el personal médico, y se están entregando a los padres/tutores. Al firmar a continuación, usted acepta que está recibiendo medicamentos sellados.

Firma del padre/tutor que recibe los medicamentos sellados Fecha _____

Nota: Es posible que algunos medicamentos no estén en recipientes "a prueba de niños". Por favor, guarde todos los medicamentos fuera del alcance de los niños.

Los jóvenes liberados de un *Centro de Desarrollo Juvenil* podrían recibir un suministro de medicamentos recetados para un mes, enviado directamente desde la farmacia a través de UPS. Verifique los medicamentos que recibe para asegurarse de que el tipo de medicamento y la dosis sean correctos. Reporte cualquier error directamente a la farmacia.

Si tiene alguna pregunta, contacte a la siguiente persona:

Miembro del personal/sitio que envía/FSW

Teléfono

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore todas las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución: Expediente del niño/joven

CS-0813-SP

Rev. 06/19