



Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee
Medicamentos para el pase/Respiro

Nombre		Fec. de Nac.		Fecha	
--------	--	--------------	--	-------	--

Los siguientes medicamentos se envían con este niño/joven durante el pase.

Medicación y dosis	Instrucciones	Recuento

Medicamentos recolectados/contados por	Fecha

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/padre/tutor que recibe los medicamentos	Fecha

Medicamento	Día/hora	Iniciales	Día/hora	Iniciales	Día/hora	Iniciales

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.

Si tiene preguntas (incluyendo errores de recuento), póngase en contacto con la siguiente persona:

_____	() - _____
Miembro del personal/sitio que envía/FSW	Teléfono

Por favor, devuelva este formulario con el niño/joven cuando regrese del pase.

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: Destinatario, agente que envía

CS-0836-SP, Rev. 3/23