CONTROL DE MEDICAMENTOS

Dirección de Centros de Atención Infantil

Centro Asistencial de Desarrollo Infantil No.

Fecha	Nombre del Becario	Sala	Nombre Genérico del Medicamento	Dosis	Días de tratamiento	Horario de ministración				Firma del Padre o Tutor
						Matutino		Vespertino		
						09:00	10:00	14:00	15:00	

Vo. Bo. Médico

Enfermera que Aplica