

FICHA MEDICACIÓN PUNTUAL*

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO (2 mínimo): _____

ENFERMEDAD o DOLENCIA	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO	FORMA DE ADMINISTRACIÓN (antes o después de comidas...)	OBSERVACIONES (Duración del tratamiento)

*Medicación que sólo necesite en un momento concreto (Catarro, Otitis, Conjuntivitis, Alergia, etc)