

Escuelas Públicas del Condado de Prince George
 Oficina de Servicios de Salud
 Inventario de medicamentos para medicamentos controlados

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Año escolar: _____

Dosis del medicamento _____ (Un solo medicamento por formulario)

Fecha	Hora	Nueva cantidad recibida	Más +	Balance efectivo anterior	Total	Menos -	Cantidad administrada	Cantidad desperdiciada	Cantidad regresada al tutor	Balance previsto	Balance real	Corregir-C *Error-E	Iniciales	Observaciones:
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								

Escuelas Públicas del Condado de Prince George
Oficina de Servicios de Salud
Inventario de medicamentos para medicamentos controlados

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Año escolar: _____

Fecha	Hora	Nueva cantidad recibida	Más +	Balance efectivo anterior	Total	Menos -	Cantidad administrada	Cantidad desperdiciada	Cantidad regresada al tutor	Balance previsto	Balance real	Corregir-C *Error-E	Iniciales	Observaciones:
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								
			+			-								

Firma(s) de los administradores de medicamentos	Puesto	Iniciales

Firma(s) de los administradores de medicamentos	Puesto	Iniciales