

DEPARTAMENTO DE CORRECCIONES

Servicios de Salud

NOTIFICACIÓN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO

NOMBRE	NÚMERO	UBICACIÓN
al día _____, _____:		
Fecha	Hora de la Primera Dosis	

Se le ha recetado medicamento. Éste estará disponible en la línea centralizada de pastillas a la(s) hora(s) indicadas:

Se le han recetado medicamentos de auto administración. Favor de reportarse a la línea centralizada de pastillas a la hora que se indica a continuación:

Se ha cambiado su medicamento de auto administración. Favor de traer _____ a las _____, a la línea centralizada de pastillas **y recoja su nuevo medicamento a esa hora.**

Han cambiado las instrucciones para su medicamento de auto administración. Favor de traer _____ a las _____, a la Línea centralizada de pastillas

NO REPORTARSE A LA LÍNEA DE PASTILLAS RESULTARÁ EN ACCIONES DISCIPLINARIAS.