# Epilepsia en Washington: Mejorar el acceso al cuidado para los niños y la juventud

## Registro de Medicación

Apunte cualquier medicación o tratamiento que su proveedor de cuidado de salud a preescrito y cualquier medicamento sin receta que esa su hijo/a. Apunte las fechas de comienzo y terminación. Provea información exacta que ayudara a los proveedores de cuidado de salud con los servicios que dan para su hijo/a.

| Fecha de comienzo | Fecha de Terminación | Medicación, Dosis, Frecuencia, & Ruta Administración (Como & adonde darla) | Preescrita Por | Numero de Receta | Farmacia Nombre y Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



Washington State Department of Health
DOH 970-120