



Sierra Vista Child & Family Services

Monthly Progress Report

Reporte de Progreso Mensual

Child's Name: _____

Nombre de Niño/Niña

For the Month of: _____

Para el Mes de

Home: _____

Hogar

Today's Date: _____

Fecha

Centrally Stored Medication Medicamentos Almacenados Centralmente

Medication Name Nombre de Medicamento	Dosage Quantity Dosis Cantidad	Instructions Instrucciones	Expires Fecha de Caducidad	Date Filled Fecha de surtido de la receta	Date Started Fecha que comenzó medicamento	Prescribing Physician Médico que prescribe	Quantity Remaining Cantidad Restante

Physician, Dental, Counseling Appointment Log

Registro de citas médicas, dentales, y terapia

Date Fecha	Name of Service Provider Nombre del proveedor de servicios	Nature of Appointment Naturaleza de la Cita

Height Altura	Weight Peso

Fire Drill
(Every 6 months)
Simulacro de Incendio
(Cada seis meses)

Date completed Fecha completada
Next fire drill due Próximo simulacro de incendio debido

Record of Safeguarded Cash Resources Registro de recursos en efectivo

Date Fecha	Description Descripción	Amount Received Cantidad recibida	Amount Spend or Withdrawn Cantidad gastada o retirada	Balance Saldo	Signature for Transactions Firma para transacciones	
					Parent Madre o Padre	Child Niño o Niña

Parent Madre **Date** Fecha

Child Niño o Niña **Date** Fecha

Parent Padre **Date** Fecha

Social Worker Trabajador/a Social **Date** Fecha



Sierra Vista Child & Family Services

Medication Administration Record

Registro de Administración de Medicamentos

Child's Name: _____
Nombre del Niño/Niña

Date of Birth: _____
Fecha de Nacimiento

Month Of: _____
Mes

Year: _____
Año

List all medications & non-prescription medication (oral and topical). Place initials in box after administered.

Apuntar todos los medicamentos y medicamentos sin receta (oral y tópico). Coloque las iniciales en la caja después de administrado

Medication Name Nombre de Medicamento Dosage Dosis Path Camino Time Hora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Example Ejemplo Vyvanse by mouth (oral) 5 mg 2 tablet @ 9am	JT																															
PRN*																																

Comments and/or Side Effects: _____
Comentarios o efectos secundarios

***For PRN indicate outcome (ex. Child felt better, fever was reduced, etc.)** Para medicamentos tomados solo cuando necesario, indique resultado (por ejemplo, niño se sintió mejor, bajo fiebre, etc.)