Tonsillectomy & Adenoidectomy Registro de Medicamentos

Hora (por ejemplo: 8AM)	Nombre y Dosis del Medicamento (por ejemplo: Acetaminofén, 5 mL)	Intensidad del Dolor (0-10)	Fecha (por ejemplo: 6/3)	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha

© Children's Minnesota • Patient & Family Education