



AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Centro/Red de Cuido/Hogar Licenciado/Hogar Exento no Familiar

Región: _____ Pueblo: _____

Nombre del niño(a) _____

Nombre del médico: _____ Tel. _____

Dirección del médico: _____

Nombre del medicamento: _____

Fecha de expiración del medicamento: _____

Descripción: líquido _____ tabletas _____ color _____ Refrigeración: Si _____ No _____

Dosis recetada: _____ Horario: _____

Posibles efectos adversos: _____

AUTORIZACIÓN

Yo, _____, padre, madre o encargado(a)

del menor _____, residente de _____

_____ con número de teléfono

_____ autorizo a _____

a suministrar el medicamento descrito anteriormente de acuerdo a instrucciones ofrecidas por el médico.

 Firma del padre, madre o encargado(a)

 Fecha

 Nombre del médico

 Número de licencia

 Firma del médico

 Fecha: día / mes / año





INFORME DE INCIDENTES RELACIONADOS A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del Centro: _____

1. Nombre del niño(a): _____ Fecha ____/____/____

2. Medicamento administrado _____

Dosis administrada: _____

Forma administración del medicamento **Líquida** **Cápsula** **Ungüento o Crema**

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Administrada por: _____

3. Cambios observados en el niño(a): _____

Fecha ____/____/____ Hora _____ Firma _____

4. Notificado a: _____

Padre, Madre o Encargado Médico del niño(a) Fecha ____/____/____

Comentarios: _____

Firma persona que rinde informe

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS SIN RECETA

Nombre del Niño (a) – (Letra de Molde)

A continuación se presenta una lista de productos que son utilizados con frecuencia para infantes y niños (a) pequeños. Favor de marcar y especificar los que autoriza a suministrarle a su hijo (a).

- Loción para el cuerpo _____
- Bálsamo de labios _____
- Crema para pañales _____
- Ungüento de la dentición _____
- Loción de protección de sol _____
- Medicamento para fiebre y manejo del dolor (sin aspirina) _____
Dosis _____ Frecuencia _____ ¿A qué temperatura del cuerpo? _____
- Repelente de mosquitos _____
- Otros: _____

Esta autorización es válida por máximo de un año desde ___/___/___ hasta ___/___/___.

Firma Padre, Madre o encargado (a)

Fecha

