



AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Nombre del niño(a): _____

FECHA D/M/A	NOMBRE PERSONA QUE ENTREGA MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	HORA DE ADM.	DOSIS DE ADM.	NOMBRE PERSONA QUE ADMINISTRA MEDICAMENTO	FIRMA DE LA PERSONA QUE ADMINISTRA EL MEDICAMENTO	NOMBRE PERSONA QUE RECOJE MEDICAMENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO

Observaciones:

Revise si:

- Formulario de administración está completo
- El medicamento está en el envase original
- El medicamento está rotulado apropiadamente