

**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 con 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