

**AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS SIN RECETA**

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

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 medicamentos recomendados por el médico que usted autoriza a suministrarle a su hijo (a).

- Loción para el cuerpo, **especifique:** \_\_\_\_\_
- Bálsamo de labios, **especifique:** \_\_\_\_\_
- Crema para pañales: **especifique:** \_\_\_\_\_
- Ungüento de la dentición, **especifique:** \_\_\_\_\_
- Loción de protección de sol, **especifique:** \_\_\_\_\_

- Medicamento para fiebre y manejo del dolor (sin aspirina) \_\_\_\_\_  
Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_ ¿A qué temperatura del cuerpo? \_\_\_\_\_

**Nota:** sino cuenta con autorización médica, solo se utilizará en caso de una emergencia médica

- Repelente de mosquitos, **especifique:** \_\_\_\_\_

**Nota:** repelentes de mosquitos y protector solar se aplicarán según procedimiento

- Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esta autorización es válida por máximo de un año desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma madre/padre o encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha