



**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**

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).

- List of medical products with checkboxes and blank lines for specification: 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), Repelente de mosquitos, Otros.

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

Firma Padre, Madre o encargado (a)

Fecha

