

Formulario de Permiso Para la Administración de Medicinas

Favor de escribir legible

Nombre del niño/a: _____ Edad del niño/a: _____

Nombre del medicamento: _____

Condición siendo tratada: _____

Fecha(s) en que se dará la medicina: _____

Hora(s) en que se dará la medicina: _____

Dosis / cantidad que se debe dar: _____

Método de administración (oral, uso externo/tópico, vía nasal, etc.): _____

Posibles efectos secundarios o interacciones con otras medicinas: _____

Por medio de la presente autorizo al proveedor(a) a que administre esta medicina siguiendo las instrucciones arriba mencionadas. Yo reconozco que el proveedor(a) no será responsable por alguna enfermedad o lesión que resulte de la administración de este medicamento y que tampoco será responsable por el reembolso de gastos médicos que podrían resultar por esta acción.

Firma del padre ó apoderado

Fecha (mes/día/año)

Autorización verbal: Fecha & hora: _

Firma de la proveedora: _

Firma del padre: _

Registro de la Administración De Medicinas

Fecha <small>(mes/día/año)</small>	Hora	Dosis <small>(Cantidad)</small>	Administrado por	Reacciones	Errores en la administración

Esta forma es proveída con propósitos de asistencia técnica únicamente. Las proveedoras pueden usar esta forma si así lo desean, pero **no** es un requisito usarla.

