

PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
ESTE FORMULARIO DEBE LLENARSE POR CUALQUIER MEDICAMENTO
ADMINISTRADO A UN NIÑO BAJO CUIDADO.

EL PADRE O TUTOR LEGAL TIENE QUE LLENAR ESTA SECCIÓN

_____ tiene mi permiso para dar a
Proveedor de cuidado de niños

_____ el siguiente medicamento:
Nombre del niño

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Dosis	HORARIO(S) QUE SE DEBE(N) ADMINISTRAR <i>(Incluya AM o PM)</i>	FECHA(S) DE ADMINISTRACION

INSTRUCCIONES (R6-5-5218)

1. El proveedor de cuidado de niños no aceptará medicamentos recetados si no están en sus envases originales o si han expirado, o que no muestren la fecha de la receta, el nombre del niño, la cantidad y frecuencia de las dosis y el nombre del médico.
2. El proveedor de cuidado de niños aceptará medicamentos no recetados solamente en sus envases originales y si no han expirado.
3. El proveedor de cuidado de niños mantendrá todos los medicamentos en un envase cerrado con llave, y refrigerados si es necesario.
4. **SOLAMENTE** el proveedor de cuidado de niños puede administrar medicamentos..
5. **El proveedor de cuidado de niños nunca administrará aspirina a ningún niño bajo cuidado, salvo con el permiso escrito del médico del niño.**
6. El proveedor de cuidado de niños devolverá las porciones sobrantes de medicamentos con el niño a su casa al final del día.

Firma del padre/madre o guardian legal: _____ Fecha: _____

Nombre del medico: _____ Teléfono del medico: _____

LLENE EL REGISTRO DE MEDICAMENTOS EN EL REVERSO
Vea el reverso para la declaración de EOE/ADA

