

## CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE PARA QUE SE ADMINISTREN MEDICINAS Y LISTA DE MEDICINAS

**NOTA:** La Sección 101221 de Ordenamientos requiere que la siguiente información esté en el expediente.

|                         |                     |        |
|-------------------------|---------------------|--------|
| NOMBRE DE LA GUARDERÍA: | NÚMERO DE LICENCIA: | FECHA: |
|-------------------------|---------------------|--------|

### INSTRUCCIONES PARA EL PADRE/MADRE:

1. Todas las medicinas recetadas o sin receta se deben mantener con el nombre del niño y deben tener fecha.
2. Las medicinas recetadas y sin receta tienen que estar en la botella original sin alterar la etiqueta. Las medicinas que requieran estar refrigeradas deben mantenerse apropiadamente.
3. Las medicinas recetadas y sin receta se deben administrar de acuerdo a las instrucciones en la etiqueta.
4. El padre/madre tiene que proporcionar el consentimiento para que el personal del establecimiento de cuidado de niños administre las medicinas al niño. Las instrucciones no podrán estar en conflicto con las instrucciones de la receta o las instrucciones en la etiqueta del producto.

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| NOMBRE DEL NIÑO       | FECHA DE NACIMIENTO |
| NOMBRE DE LA MEDICINA | DOSIS               |

**Yo autorizo al personal del establecimiento de cuidado de niños para que ayude en la administración de medicinas al niño mencionado como se describe anteriormente para la siguiente condición/condiciones médica:**

De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ todos los días que esté presente.  
FECHA QUE EMPIEZA                      FECHA QUE TERMINA                      HORA DEL DÍA

|                        |        |
|------------------------|--------|
| FIRMA DEL PADRE/MADRE: | FECHA: |
|------------------------|--------|

### **LISTA DE MEDICINAS** **Documentación del personal cuando administre las medicinas**

| FECHA: | HORA EN QUE SE ADMINISTRO | FIRMA DEL MIEMBRO DEL PERSONAL |
|--------|---------------------------|--------------------------------|
|        |                           |                                |
|        |                           |                                |
|        |                           |                                |
|        |                           |                                |
|        |                           |                                |

**Una vez que termine, devuélvale la medicina al padre/madre o destrúyala y coloque este formulario en el expediente del niño.**

|                      |       |
|----------------------|-------|
| MIEMBRO DEL PERSONAL | FECHA |
|----------------------|-------|