

**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS - CENTROS DE CUIDADO INFANTIL**  
**INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTO**  
**AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION - CHILD CARE CENTERS**  
**MEDICATION INFORMATION AND AUTHORIZATION**

**A. INFORMACIÓN DEL CENTRO Y DEL NIÑO**

Nombre del Centro de cuidado de niños \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

**B. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO:** El medicamento deberá estar en el envase original y rotulado con el nombre del niño. La etiqueta deberá incluir la dosis y las instrucciones para su administración.

Nombre del medicamento	Dosis	Hora(s) del día a ser administrado	Modo de administración	Fechas – Periodo de tiempo del medicamento	
				Desde	Hasta
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			

Sí  No ¿Se indica en la etiqueta del medicamento de venta libre que se debe consultar al médico del niño? En caso afirmativo, he consultado al médico de mi hijo y autorizo a que se administre una dosis consistente con la recomendación del médico. \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento de venta sin receta \_\_\_\_\_

Iniciales del padre o la madre \_\_\_\_\_

Información adicional / instrucciones especiales / contraindicaciones – Especifique.

**C. AUTORIZACIÓN**

Por este documento autorizo a que el personal del centro de cuidado de niños arriba mencionado administre a mi hijo el medicamento anteriormente indicado.

**FIRMA** – Padre, madre o guardián \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS – CENTROS DE CUIDADO INFANTIL**  
**DOCUMENTACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO – PROVEEDORES CERTIFICADOS DE CUIDADO DE NIÑOS**  
**AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION – CHILD CARE CENTERS**  
**DOCUMENTATION OF MEDICATION ADMINISTRATION – CERTIFIED CHILD CARE PROVIDERS**

**Instrucciones:** Esta sección sólo debe ser completada por proveedores certificados de cuidado de niños para documentar la administración del medicamento. No se deberá saltar ninguna línea.

	Fecha de administración	Hora de administración	Dosis	Firma / Iniciales de la persona que administró el medicamento
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				