



(Spanish Translation of: Authorization for Medication)

CUIDADO DEL NIÑO

AUTORIZACION PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Ningún medicamento debe administrarse por el personal de cuidado del niño sin permiso firmado por el padre/madre/encargado. Por favor, complete este formulario.

Nombre del niño(a): _____

Nombre del medicamento o número de la prescripción: _____

Dosis del medicamento que debe administrarse: _____

Hora(s) en que el medicamento debe administrarse: _____

Fecha: _____ Firma del padre/madre/encargado: _____

| | |
|---|--|
| Fecha y hora en que se administró el medicamento: | Dosis administrada e inicial del personal: |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

HC CCL 24 (Rev. 1/95)

✂-----

(Spanish Translation of: Authorization for Medication)

CUIDADO DEL NIÑO

AUTORIZACION PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Ningún medicamento debe administrarse por el personal de cuidado del niño sin permiso firmado por el padre/madre/encargado. Por favor, complete este formulario.

Nombre del niño(a): _____

Nombre del medicamento o número de la prescripción: _____

Dosis del medicamento que debe administrarse: _____

Hora(s) en que el medicamento debe administrarse: _____

Fecha: _____ Firma del padre/madre/encargado: _____

| | |
|---|--|
| Fecha y hora en que se administró el medicamento: | Dosis administrada e inicial del personal: |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

HC CCL 24 (Rev. 1/95)