



**Hillsborough  
County Florida**

(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)

✂-----



**Hillsborough  
County Florida**

(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)