

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE VENTA SIN RECETA NO INGERIBLES

DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Nombre del programa _____

**Doy permiso para la administración de los siguientes medicamentos de venta sin receta no ingeribles
(marque todas las opciones que correspondan):**

☐ Crema/ungüentos para el sarpullido de pañal _____

☐ Repelente para insectos _____

☐ Protector solar _____

☐ Cortisona/cremas anticomezón/ungüentos _____

☐ Tratamientos labiales medicinales _____

☐ Cremas/ungüentos antibióticos de venta libre (over the counter, OTC) _____

☐ Cremas/aerosoles para quemaduras _____

☐ Otros medicamentos OTC no ingeribles: (especifique cuáles) _____

Para administrar un medicamento de venta sin receta no ingerible:

- El padre/madre debe llevar el medicamento al centro de cuidado infantil;
- El medicamento debe estar en su envase original, con una etiqueta legible y la fecha de caducidad del medicamento;
- El nombre del niño debe estar en el envase original

Instrucciones especiales de manipulación/almacenamiento _____ ¿Debe estar en refrigeración? _____

Firma del padre/madre/tutor (obligatorio) _____ Fecha: ____/____/____

*** Este documento debe actualizarse anualmente.**

Medicamentos no utilizados: (marque una opción) Devueltos al
progenitor ☐ S ☐ N

Descartados adecuadamente ☐ S ☐ N

Por: _____

Fecha: ____/____/____

***Consérvese en el archivo del niño cuando termine la medicación.**