

Registro de administración de medicamentos

10A NCAC 09 .0803 (centros) y .1720 (guarderías familiares en hogares)

Los padres/tutores completan, firman y fechan el Formulario de permiso para la administración de medicamentos. La persona que acepta este formulario deberá adjuntarle el expediente o expedientes de administración de medicamentos. El formulario de autorización y el registro deben guardarse juntos.

Nombre completo del niño(a):	Fecha de nacimiento:
El permiso es válido desde la fecha de:	Hasta la fecha de:
Nombre del medicamento:	Fecha de vencimiento:

Si el niño tiene una enfermedad crónica o una alergia:: Indique las enfermedades crónicas o alergias específicas::	<input type="checkbox"/> El niño tiene un plan de acción médica completo (obligatorio)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

Al administrar el medicamento (elegir uno):

<input type="checkbox"/> Administrar el medicamento en estas fechas y horas:
<input type="checkbox"/> Administrar el medicamento cuando se necesite. Enumerar los síntomas o circunstancias específicos necesarios para administrar el medicamento y cada cuanto se debe administrar. Ejemplo: Si Susana tiene un sarpullido y se está rascando, aplique una pomada. Espere 6 horas antes de volverla a aplicar.

Dosis (cuánto medicamento administrar):
Vía (cómo administrar el medicamento):
Instrucciones especiales para administrar el medicamento:
Posibles reacciones o efectos secundarios:
<input type="checkbox"/> El niño ha recibido una dosis del medicamento en casa como mínimo, sin reacciones o efectos secundarios.

Nombre del médico que recetó el medicamento:	Teléfono:
Farmacia:	Teléfono:

Doy autorización para que se administre el medicamento y se llame al médico que lo recetó o a la farmacia si es necesario

Nombre de los padres/tutores	
Firma de los padres/tutores	Fecha:

El medicamento ha sido recibido, devuelto o desechado:

Recibido por los padres/tutores	Fecha	Cantidad	Firma de los padres/tutores	Firma del cuidador del niño(a)
Devuelto a los padres/tutores	Fecha	Cantidad	Firma del cuidador del niño(a)	Firma del testigo
El medicamento se desechó	Fecha	Cantidad	Firma del cuidador del niño(a)	Firma del testigo

Revisado en Enero de 2025

Visite el Centro de Recursos para la Salud y Seguridad Infantil de Carolina del Norte para obtener la versión más reciente. Este formulario se elaboró para ajustarse a las normas de cuidado infantil de Carolina del Norte, pero su uso no es obligatorio por parte del Centro de Recursos de Carolina del Norte. healthychildcare.unc.edu

©2016 Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. Todos los derechos reservados



NORTH CAROLINA
Child Care Health and
Safety Resource Center

800-367-2229
healthychildcare.unc.edu

