

# Formulario de permiso para la 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 permiso es válido desde la fecha de:

Hasta la fecha de:

## Complete esta casilla solo si el medicamento es para un niño que tenga una alergia o enfermedad crónica

Este documento es un permiso escrito para administrar este medicamento durante 6 meses como máximo.

Afección alérgica o médica crónica específica: \_\_\_\_\_

El niño(a) tiene:  Plan de acción médico (obligatorio)

Nombre completo del niño(a):

Fecha de nacimiento:

Nombre del medicamento:

Fecha de caducidad:

## Al administrar el medicamento (elegir uno):

Administrar el medicamento en estas fechas y horas:

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:

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

