

PERMISO PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Nombre del Niño/a: _____

Tipo de Medicamento: _____

Nombre del Medicamento: _____

Cantidad a Suministrar: _____

Cuántas veces al día: _____

Precauciones/ Recomendaciones: _____

Efectos Secundarios: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Fecha a Descontinuar el Medicamento: _____

Día que recibió el medicamento: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE: _____