CCL.026
Rev. 5/2020
Spanish

Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas
Oficina de Salud Familiar
Programa de Licencias para Guarderías
1000 SW Jackson, Suite 200
Topeka, KS 66612-1274
Teléfono: 785-296-1270 Fax: 785-559-4244
Página Web: www.kdheks.gov/kidsnet

Autorización para administrar medicinas a niños y jóvenes
Medicinas de corto plazo (con receta y sin receta)

Las medicinas con receta tienen que estar en sus frascos o envases originales, etiquetados con el nombre y apellido del niño/joven; el nombre del médico licenciado, médico asistente (PA), o enfermera de práctica avanzada registrada (APRN) que recetó la medicina; la fecha en que se obtuvo la medicina; la fecha de expiración de la medicina; y las instrucciones específicas y legibles para su administración y almacenamiento. Administre la medicina solamente al niño/joven designado en la etiqueta de la receta, de acuerdo con las instrucciones en la etiqueta. **Las medicinas sin receta** pueden darse con permiso escrito e instrucciones del padre o tutor legal. Administre la medicina sin receta del envase original etiquetado con el nombre y apellido del niño/joven de acuerdo a las instrucciones en la etiqueta.

Medicina #1

_____
Nombre y apellido del niño /joven Fecha de nacimiento

_____
Nombre de la medicina

_____
Razón para recibir la medicina

_____
Dosis Hora de dársela Fecha de término

_____
Nombre del médico lic./PA/APRN que recetó la medicina
(_____)_____
Teléfono del médico, AP o APRN

Autorizo que la persona designada le dé la medicina mencionada a mi niño/joven.

_____
Firma del padre Fecha

Medicina #2

_____
Nombre y apellido del niño /joven Fecha de nacimiento

_____
Nombre de la medicina

_____
Razón para recibir la medicina

_____
Dosis Hora de dársela Fecha de término

_____
Nombre del médico lic./PA/APRN que recetó la medicina
(_____)_____
Teléfono del médico, AP o APRN

Autorizo que la persona designada le dé la medicina mencionada a mi niño/joven.

_____
Firma del padre Fecha

ESTE FORMULARIO SE USA PARA DOCUMENTAR ÚNICAMENTE LA ADMINISTRACIÓN DE LA(S) MEDICINA(S) IDENTIFICADA(S) EN LA PARTE SUPERIOR. La persona designada debe anotar en la parte posterior de este formulario una observación o comentario acerca del aspecto del niño/joven.

***Cada persona designada para administrar la medicina debe firmar en la parte posterior de este formulario e identificar las iniciales que ha usado.**

Fecha mes/día/año	Hora	Nombre de la medicina	*Iniciales	Fecha mes/día/año	Hora	Nombre de la medicina	*Iniciales

*Firma de la persona designada para administrar la medicina _____ Iniciales _____

*Firma de la persona designada para administrar la medicina _____ Iniciales _____

*Firma de la persona designada para administrar la medicina _____ Iniciales _____

*Firma de la persona designada para administrar la medicina _____ Iniciales _____

Formulario de notas

Fecha	Comentarios adicionales acerca del incidente u otros incidentes relacionados, incluyendo comentarios u observaciones acerca del aspecto o condición del niño/joven.