

# 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.**