

**Autorización de la madre, el padre o el tutor para la administración
de medicamentos tópicos sin receta por parte del personal de cuidado de niños**

Para el personal de cuidado de niños:

Mediante la presente solicito la administración de los siguientes medicamentos tópicos sin receta a mi hijo por parte de los miembros del personal de cuidado de niños de _____.

(Nombre del programa de cuidado de niños)

Comprendo que debo proporcionar al programa de cuidado de niños los medicamentos tópicos sin receta en su envase original con una etiqueta que indique el nombre del niño, el nombre del medicamento y las instrucciones de administración del medicamento.

Esta autorización se limita solo a los siguientes medicamentos tópicos:

1. Cremas para el cambio de pañales o de otro tipo sin medicamentos antibióticos, antimicóticos o corticosteroides
2. Talcos con medicación
3. Medicamentos para dentición, encías o labios

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Nombre del medicamento: _____

Cronograma de administración: _____

Lugar de administración: _____

Motivo por el que se administra el medicamento: _____

El medicamento se debe administrar desde el _____ hasta el: _____

Nombre del padre, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____

Mi hijo ha recibido al menos una dosis de los medicamentos mencionados sin presentar reacciones adversas.

Firma: _____ Parentesco con el niño: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Sección que debe completar el personal:

Formulario de autorización del padre o la madre y medicamento recibidos por: _____
(Firma del miembro del personal)

Inicio de la administración de la medicación: _____ (fecha y hora)

Fin de la administración de la medicación: _____ (fecha y hora)

La autorización del padre o la madre y el registro de administración de los medicamentos deberán incluirse en el registro de salud del niño una vez finalizado el curso de la medicación.

