

Formulario de Consentimiento Escrito de Medicamento

PADRES/GUARDIAN TIENEN QUE LLENAR ESTA SECCION (#19-#23)

19. Si la sección #7 esta llena, ¿las instrucciones indican una hora específica para administrar el medicamento? (por ejemplo, ¿el medico escribió 12pm?) Si N/A No
 Escriba la(s) hora(s) específica(s) que el programa de cuidado de niños tiene que administrar el medicamento (i.e., 12pm):_____

20. Yo padre/guardián legal, autorizo al programa de cuidado de niños administrar el medicamento según esta especificado en la Sección del Medico Autorizado con Licencia a: _____ **Missy Franklin** _____
 (Nombre del niño)

21. Nombre del padre o guardián legal (use letra de molde por favor): Lynette Franklin	22. Fecha de autorización : 12/13/04
--	--

23. Firma del padres o guardián legal: *Lynette Franklin*

EL PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO LLENA ESTA SECCION (#24 - #30)

24. Proveedor/Nombre de la guardería o centro de cuidado de niños :	25. Numero de identificación :	26. Numero de teléfono:
---	--------------------------------	-------------------------

27. Yo e verificado que #1-#23 y si es aplicable, #33-#36 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para dar este medicamento le ha sido dada al programa de cuidado de niños.

28. Nombre del proveedor autorizado del cuidado del niño (use letra de molde por favor):	29. Fecha en que se recibió de los padres :
--	---

30. Firma del proveedor autorizado del cuidado del niño :

SOLAMENTE LLENE ESTA SECCION (#31 - #32) SI LOS PADRES HAN REQUERIDO QUE SE DESCONTINUE EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15

31. Yo padre/guardián legal, pido que el medicamento indicado en este formulario de consentimiento sea descontinuado en _____ (fecha). Una vez que el medicamento sea descontinuado, yo entiendo que si mi niño necesita este medicamento en el futuro, un nuevo formulario de consentimiento tiene que ser llenado.

32. Firma del Padre/guardián Legal:

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO CON LICENCIA AUTORIZADO, SI FUERE NECESARIO (#33 - #36)

33. Describa cualquier entrenamiento adicional, procedimiento o capacidades que el personal del cuidado de niños valla a necesitar para el cuidado de este.

34. Firma del Medico Autorizado con Licencia :

35. Como es posible que haigan ocasiones donde la farmacia no despacha una receta nueva por cambios en la receta con relación a la dosis, hora, o frecuencia hasta que el medicamento de la receta anterior ha sido completamente usada, por favor indique la fecha en la cual usted espera que la farmacia le ha de despachar la orden de la nueva receta.
 FECHA: _____

Al llenar esta sección el programa de cuidado de niños ha de seguir las instrucciones escritas en este formulario y no las de la etiqueta de la farmacia hasta que la receta nueva sea despachada.

36. Firma del Medico Autorizado con Licencia: