



**Formulario de Consentimiento Verbal de Medicamento y Registro de Administración**

- Use este formulario si:
  - Uno de los padres o guardián llegan al programa solicitando administración de medicamento pero no tienen instrucciones escritas del medico que las receto.
  - Un niño desarrolla síntomas mientras esta a su cuidado y requiere la administración de un medicamento sin receta.
- El medicamento autorizado en este formulario es valido para un día solamente. Este formulario de consentimiento no autoriza la administración del medicamento descrito abajo para días múltiples.

1. Nombre y apellido del niño:	2. Nombre del medicamento (incluyendo la potencia):	3. Cantidad o dosis para ser administrada:
4. Ruta de administración:	5. Con que frecuencia ha de ser administrada el día de hoy solamente:	
6A. Efectos secundarios posible: <input type="checkbox"/> Ver el inserto del envase para una lista completa de posibles efectos secundarios (tiene que ser obtenida del envase del medicamento o el inserto). <i>Y/O</i>		
6B: Efectos secundarios adicionales: _____		
7. Que acción debe de tomar el programa si se ven efectos secundarios: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Contactar los padres</li> <li><input type="checkbox"/> Contactar el medico que receto el medicamento al número de teléfono provisto</li> <li><input type="checkbox"/> Otro (describa): _____</li> </ul>		
8A. Instrucciones especiales: Ver el inserto del envase para una lista completa de instrucciones especiales (tiene que ser obtenida del envase del medicamento o el inserto). <i>Y/O</i>		
8B. Instrucciones especiales adicionales: (incluye cualquier asunto concerniente con la interacción posible con otros medicamentos que el niño pueda estar recibiendo o asuntos concernientes con la edad del niño, alergias o alguna condición que existía anteriormente. También describe situaciones cuando el medicamento no debe de ser administrado.)		
9. Proveedor/Nombre de la guardería o centro de cuido de niños	10. Numero de identificación:	11. numero de teléfono:

**Este formulario continúa al dorso.**

## Formulario de Consentimiento Verbal de Medicamento y Registro de Administración

12. Yo , \_\_\_\_\_ recibí permiso verbal de parte de \_\_\_\_\_  
(nombre del proveedor de guardería o centro de cuidado de niños) (nombre de los padres o guardián)  
 para administrar el medicamento descrito arriba en \_\_\_\_\_. Las instrucciones que yo recibí  
(fecha de autorización para administrar)  
 de los padres son iguales a las instrucciones para uso que se encuentra en el envase. Si las instrucciones no  
 son iguales, Yo recibí instrucciones verbales o escritas del medico o de la persona autorizada con licencia  
 para hacer la receta.

13. COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO VERBAL DEL MEDICAMENTO  
 SOLICITANDO INSTRUCCIONES DEL MEDICO.

Además del consentimiento antes mencionado de los padres o guardián, \_\_\_\_\_  
(nombre del proveedor de guardería o centro de cuidado de niños)

recibí instrucciones verbales de parte de \_\_\_\_\_ (marque las credenciales de la persona)

Medico  
 Asistente al medico (PA)  
 Enfermero(a) practicante (NP)  
 Enfermero(a) registrado de parte del medico  
 del niño, PA or NP

Para administrar el medicamento antes mencionado \_\_\_\_\_ . Una solicitud fue hecha  
(Fecha de autorización para administrar)  
 para que el medico envíe las instrucciones del medicamento por escrito.

14 Nombre del Licenciado (medico, PA o NP): \_\_\_\_\_

15. Numero de teléfono del Licenciado: \_\_\_\_\_

16. Yo he verificado que la sección #1 - #15 están completas. Mi firma indica que toda la información  
 necesaria para administrar el medicamento en forma segura ha sido entregada al programa del cuidado de niños.

17. Nombre autorizado del proveedor de cuidado de niños (por favor use letra de molde): \_\_\_\_\_

18. Fecha en que se recibió de los padres: \_\_\_\_\_

19. Firma autorizada del proveedor de cuidado de niños: \_\_\_\_\_

### DOCUMENTE LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO EN EL REGISTRO DE ABAJO

Día en que se administro	Medicamento	Dosis	Hora en que se administro	Firma del proveedor de cuidado de niños

### ACEPTACIÓN DE LOS PADRES DEL CONSENTIMIENTO VERBAL

Este formulario continúa al dorso.

**Formulario de Consentimiento Verbal de Medicamento y Registro de Administración**

Yo, padre/guardián legal, di permiso verbal al programa de cuidado de niños para administrar el medicamento arriba indicado en \_\_\_\_\_.  
(fecha)

Firma de los padres o guardián Legal:

**Este formulario continúa al dorso.**