



**Formulario de Consentimiento Escrito de Medicamento**

14. Fecha en que la receta fue autorizada por el medico:	15. Fecha para discontinuar o limite de tiempo en días para administrar (esta fecha no puede sobrepasar de 6 meses desde la fecha de autorización o esta orden no será valida):
16. Nombre del medico que la receto el medicamento (use letra de molde):	17. Numero de teléfono del medico que receto el medicamento:
18. Firma del medico autorizado con licencia:	

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

19. Si la sección #7A esta llena, ¿las instrucciones indican una hora especifica para administrar el medicamento? (por ejemplo, ¿el medico escribió 12pm?) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> No Escriba la(s) hora(s) especifica (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 administre el medicamento según esta especificado en la “Sección del Medico Autorizado con Licencia” a: _____ (Nombre del niño)	
21. Nombre del padre o guardián legal (use letra de molde por favor):	22. Fecha de autorización :
23. Firma de los padres o guardián legal:	

**EL PROGRAMA DE CUIDO DE NINOS DEBE LLENAR 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 he verificado que #1-#23 están completos, y si es aplicable, a los #33-#36 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para dar este medicamento le ha sido dada al programa del 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 de los niños :		

**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 discontinuado en _____ (fecha). Una vez que el medicamento sea discontinuado, 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 AUTORIZADO CON LICENCIA, 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

## **Formulario de Consentimiento Escrito de Medicamento**

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: