



Autorización de Medicamentos

Yo, _____ (nombre del padre/tutor), autorizo a Happy Feet Child Care a administrar el siguiente medicamento a mi hijo/a _____ (nombre del niño/a): _____ por _____ (razón para tomar el medicamento).

Información de la dosis:

Cantidad: _____

Frecuencia: _____

Método de administración: _____

Días en que se administrará: _____

Los efectos secundarios pueden incluir:

¿Este medicamento ha sido recetado por un médico? Sí NO

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre y número de teléfono del médico?

¿Es este medicamento de venta libre? Sí NO

¿Su hijo/a ha tomado este medicamento antes? Sí NO

¿Hubo alguna reacción o efecto secundario? Sí NO

En caso afirmativo, explique: _____

AUTORIZO A HAPPY FEET CHILD CARE A ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO INDICADO ANTERIORMENTE A MI HIJO/A DE ACUERDO CON LAS INSTRUCCIONES DE ESTE FORMULARIO. ENTIENDO QUE HAPPY FEET CHILD CARE NO SERÁ RESPONSABLE DE CUALQUIER REACCIÓN O EFECTO SECUNDARIO QUE EL MEDICAMENTO PUEDA CAUSAR A MI HIJO/A.

Firma: _____ Fecha: _____