

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
 Child Support Administration  
 (Administración de Cuidado para Niños)

**PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**

**SERÁ NECESARIO RELLENAR ESTE FORMULARIO POR CADA MEDICAMENTO ADMINISTRADO A UN NIÑO BAJO CUIDADO.  
 EL PADRE/MADRE O GUARDIÁN LEGAL RELLENARÁ ESTA PARTE**

PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS \_\_\_\_\_ tiene mi permiso para dar a  
 NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_ el siguiente medicamento:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS
HORA(S) DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO (Incluya a.m./p.m.)	FECHA(S) DE ADMINISTRACION
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS
HORA(S) DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO (Incluya a.m./p.m.)	FECHA(S) DE ADMINISTRACION
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS
HORA(S) DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO (Incluya a.m./p.m.)	FECHA(S) DE ADMINISTRACION
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS
HORA(S) DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO (Incluya a.m./p.m.)	FECHA(S) DE ADMINISTRACION
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS
HORA(S) DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO (Incluya a.m./p.m.)	FECHA(S) DE ADMINISTRACION
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS
HORA(S) DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO (Incluya a.m./p.m.)	FECHA(S) DE ADMINISTRACION
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS
HORA(S) DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO (Incluya a.m./p.m.)	FECHA(S) DE ADMINISTRACION

**INSTRUCCIONES (R6-5-5218)**

1. El Proveedor de Cuidado de Niños no aceptará medicamentos recetados si no están en sus envases originales o si han expirado, o que no muestren la fecha de la receta, el nombre del niño, la cantidad y frecuencia de las dosis y el nombre del médico.
2. El Proveedor de Cuidado de Niños aceptará medicamentos no recetados solamente en sus envases originales y si no han expirado.
3. El Proveedor de Cuidado de Niños mantendrá todos los medicamentos en un envase cerrado con llave, y refrigerados si es necesario.
4. **SOLAMENTE** el Proveedor de Cuidado de Niños puede administrar medicamentos.
5. **El Proveedor de Cuidado de Niños nunca administrará aspirina a ningún niño bajo cuidado, salvo con el permiso escrito del médico del niño.**

El Proveedor de Cuidado de Niños devolverá las porciones sobrantes de medicamentos con el niño a su casa al final del día. FIRMA DEL PADRE/MADRE O GUARDIAN LEGAL \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO \_\_\_\_\_ TELEFONO DEL MEDICO \_\_\_\_\_

**FAVOR DE RELLENAR EL REGISTRO DE MEDICAMENTOS EN EL REVERSO**

