

Child/Family Services / Servicios para Niños/Familias

Consent for Medication / Consentimiento para medicinas

(For Health Conditions Other than Asthma/Para condiciones que no sean asma)

Child's Name _____ Date _____
Nombre del niño *Fecha*

Medication Name _____ Dosage _____
Nombre de medicina *Dosis*

Time to be given _____ Route of Administration _____
Hora para administrarse *Ruta de administración*

Possible reactions to be reported to Physician _____
Posibles reacciones que deben ser reportadas al médico

Reason to prescribe medication _____
Razón por recetar la medicina

Starting date _____ Ending date _____ ☐ As needed
Fecha de comenzar *Fecha de terminar* *Cuando sea necesario*

Doctor's Signature
Firma del Doctor

Date
Fecha

I have authorized the childcare personnel or FCCH provider to administer the medication described above.
Yo he autorizado al personal del centro u hogar de cuidado infantil familiar a administrar la medicina descrita arriba.

Parent or Guardian Signature
Firma del Padre o Guardián

Date
Fecha

Children receiving medication at a childcare facility MUST have original PRESCRIPTION BOTTLE with drug name, date, child's name, prescribing physician's name, dosage and time to be given.

Los niños que van a recibir medicinas en el lugar de cuidado infantil TIENEN QUE tener la BOTELA RECETADA con el nombre de la medicina, la fecha, el nombre del niño, el nombre del doctor que la recetó y la hora de administración.

Distribution: **White** –Teacher **Yellow** –Health Insert **Pink** –Parent
 Blanco – Maestro **Amarillo** –Volante de Salud **Rosa** –Padre de Familia