



**Formulario de permiso médico
para enfermedades y alergias (FFN)**

Medication Permission Form for Illness and Allergies (FFN)

INFORMACIÓN DEL NIÑO		
Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Fecha de hoy
Nombre del medicamento	Dosis	
Hora(s) de administración del medicamento		
Fecha de inicio del medicamento	Fecha de suspensión del medicamento	
Efectos secundarios conocidos del medicamento		
Capacitación en procedimientos médicos especiales que el proveedor puede tener que administrar al niño; impartida por los padres del niño.		
_____	_____	_____
Firma del proveedor	Fecha	Firma del padre, la madre o el tutor
_____	_____	_____
Fecha	Fecha	Fecha
¿Cómo se administra este medicamento? <input type="checkbox"/> Por vía oral <input type="checkbox"/> En el oído <input type="checkbox"/> En el ojo <input type="checkbox"/> Con nebulizador <input type="checkbox"/> En la piel <input type="checkbox"/> De otra manera	Alergias en niños	
INFORMACIÓN DE QUIEN RECETA		
Nombre del profesional médico que receta		

PERMISO PARA ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO		
Por medio de la presente otorgo mi permiso para que el proveedor administre el medicamento como se explicó previamente.		
Nombre del padre, la madre o el tutor (letra de molde)		

Firma del padre, la madre o el tutor	Fecha	
_____	_____	
Número de teléfono	Número de teléfono alternativo	Número de teléfono alternativo
_____	_____	_____