MEDICATION PERMISSION AND INSTRUCTIONS
CHILD CARE HOMES AND CENTERS
PERMISO E INSTRUCCIONES PARA LA MEDICACION
HOGAR DEL CUIDADO DEL NIÑO Y CENTROS
STATE OF MICHIGAN
Department of Human Services
Bureau of Children and Adult Licensing

Si usted está dando o solicitando cualquier medicación a un niño que está cuidando, lo siguiente se debe completar por el padre para **cada** medicación. Una interrupción en la medicación requerirá una nueva forma de permiso.

SER LLENADO POR EL PADRE

Yo doy mi permiso para que _____ da o aplica la medicación
(Cuidador, Guardería)

_____ , a mi niño _____ como sigue:
(Especificar, medicación prescrita /producto sin receta) (Nombre del Niño)

DIRECCIONES:

1. Fecha Para Comenzar Dar la Medicación	2. Fecha Para Parar la Medicación
3. Horas que se Debe Dar la Medicación	4. Cantidad (dosis) de la Medicación Dada Cada Vez
5. Almacenaje de la Medicación	
6. Otras Direcciones, si Hay	
Firma del Padre	Fecha

PARA SER COMPLETADO POR EL CUIDADOR QUE DA EL MEDICAMENTO:

FECHA	HORA	CANTIDAD DADA	NOMBRE DEL CUIDADOR	FIRMA DEL CUIDADOR

Se recomienda que esta forma se revisa con el padre cada 3 meses si la medicación está en curso.

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.

PARA SER COMPLETADO POR EL CUIDADOR QUE DA EL MEDICAMENTO:

FECHA	HORA	CANTIDAD DADA	NOMBRE DEL CUIDADOR	FIRMA DEL CUIDADOR