



# HOGAR INFANTIL LOS CALEÑITOS

## AUTORIZACION SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

CODIGO:

FR-PT-19

VERSIÓN:

2

FECHA DE EMISIÓN:

10 de Febrero de 2018

FECHA:

DD / MM / AAAA

NIVEL DEL NIÑO(A)

Yo \_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, autorizo a la persona encargada del suministro de medicamentos del Hogar Infantil "Los Caleñitos" para que sea suministrado al niño(a) \_\_\_\_\_, los siguientes medicamentos:

No.	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	ULTIMA HORA DE SUMINISTRO	HORA DE PROXIMA DOSIS
1				
2				

Firma del padre/ madre o acudiente del niño(a) \_\_\_\_\_.

c.c. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Nota: Recuerde que debe anexar la formula medica vigente de cada medicamento.**



# HOGAR INFANTIL LOS CALEÑITOS

## AUTORIZACION SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

CODIGO:

FR-PT-19

VERSIÓN:

2

FECHA DE EMISIÓN:

10 de Febrero de 2018

FECHA:

DD / MM / AAAA

NIVEL DEL NIÑO(A)

Yo \_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, autorizo a la persona encargada del suministro de medicamentos del Hogar Infantil "Los Caleñitos" para que sea suministrado al niño(a) \_\_\_\_\_, los siguientes medicamentos:

No.	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	ULTIMA HORA DE SUMINISTRO	HORA DE PROXIMA DOSIS
1				
2				

Firma del padre/ madre o acudiente del niño(a) \_\_\_\_\_.

c.c. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Nota: Recuerde que debe anexar la formula medica vigente de cada medicamento.**