



**FUNDACION LOS CALEÑITOS  
"GLADYS CANDEÑO"**

**AUTORIZACION SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS**

**CODIGO:**

FR-PT-19

**VERSIÓN:**

3

**FECHA DE EMISIÓN:**

04 de marzo de 2019

**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.**



**FUNDACION LOS CALEÑITOS  
"GLADYS CANDEÑO"**

**AUTORIZACION SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS**

**CODIGO:**

FR-PT-19

**VERSIÓN:**

3

**FECHA DE EMISIÓN:**

04 de marzo de 2019

**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.**