



**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.