



**FAMILIES FIRST
CHILD CARE**
DIRECTOR: BRENDA PROFITT
255 OLSEN ROAD
BOARDMAN OREGON
541-771-1554

**Formulario de medicamentos de venta libre
(Formulario de medicamentos de venta libre)**

Nombre del niño: _____ Fecha _____

Por la presente doy permiso a _____ para aplicar o dar uno o más de los siguientes medicamentos de venta libre o preparaciones externas, de acuerdo con las instrucciones de uso en el envase:

- Toallitas para bebé*
- Neosporin, Bacitracin o pomada similar*
- Bactine o spray de primeros auxilios similar*
- Protector solar*
- Repelente de insectos*
- Ungüento sin receta (como A & D, Desitin, vaselina)*
- Polvo*
- Loción de bebé*
- *Otros (especificar) _____

Especifique la frecuencia y duración del uso: _____

Instrucciones especiales: _____

Nota: Si las instrucciones para administrar el medicamento, la crema, etc. no están impresas en el envase (como con Tylenol para niños menores de 2 años), entonces necesitamos un formulario del médico del niño que indique la dosis adecuada que se debe administrar.

Por la presente solicito que _____ administre uno o más de los medicamentos de venta libre o preparaciones externas anteriores de acuerdo con las instrucciones en el envase según sea necesario. Este consentimiento es válido desde hoy hasta _____. Puedo retirar esta solicitud en cualquier momento. Libero a Families First Child Care Center de cualquier responsabilidad por la administración de estos preparados.

Madre: _____ Fecha _____

Padre _____ Fecha _____

* Denota artículos que deben ser provistos por los padres si se solicita su uso.