**Forma de Medicamento**

Nombre : Fecha de nacimiento: Fecha de hoy:

Nombre del medicamento: Dosis:

Horarios de medicina (cada cuanto) :

Fecha para emepzar medicina: Fecha para parar medicina:

Efectos secundarios de la medicina:

Instrucciones adicionales:

Cómo se administra esta medicina ( escoja uno): Alergias del Nino/a:

- Oral
- En el oído
- En el ojo
- Nebulizador
- En la piel
- otro

Nombre del profesional de salud que le dio la prespecition:

Yo doy permiso y licencia que se administre la medicación mencionada en este documento

Nombre de padres/guardianes:
Firma : fecha:

Dirección: Número Telefónico: