

Autorización de medicamentos

Yo, _____, autorizo a _____
que administre a mi hijo _____ los siguientes medicamentos.

Medicamento:

Dosis:

Cada cuanto tiempo:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Firma de padre/madre

Fecha

Firma de maestro/cuidador

Fecha

©FunShine Express

Autorización de medicamentos

Yo, _____, autorizo a _____
que administre a mi hijo _____ los siguientes medicamentos.

Medicamento:

Dosis:

Cada cuanto tiempo:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Firma de padre/madre

Fecha

Firma de maestro/cuidador

Fecha

©FunShine Express