

Autorización médica para uso de medicamentos sin receta

Nombre del (la) niño(a): _____

Todos los medicamentos de venta libre, incluidas las sustancias de uso tópico, deberán estar en el envase original y etiquetados con el nombre del (la) niño(a). Mi hijo(a) puede recibir medicamentos sin receta, incluyendo los siguientes:

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Paracetamol | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ibuprofeno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Crema antibiótica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Repelente de insectos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Antihistamínico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Bálsamo labial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Toallitas/gel antiséptico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ungüento/crema para erupciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Loción de bebé | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Gotas Nasaes Salinas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Aceite de bebé | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Champú | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Talco para bebés | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ungüento para quemaduras
solares | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Jarabe para la tos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | protector solar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ungüento para uso con
pañales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | medicamentos para la dentición | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Toallitas para uso con
pañales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pasta dental | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Hidrocortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Vaselina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Otro: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA