DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY SERVICES **STATE OF WISCONSIN**
Division of Children and Family Services
CFS-59A (Rev. 08/2000)

AUTORIZACIÓN PARA ADMISTRAR MEDICAMENTOS

Uso de esta forma: El complemento de esta forma satisface con los requisitos de HFS 45.06(6)(d)1.a., HFS 46.07(6)(f)1.a. y HFS 55.44(6)(e)1.a., Wis. Adm. Codes.

Instrucciones: Completa esta forma antes de administrar cualquier medicamento. Ponga esta forma en el archivo del niño cuando ya no se requiere / autoriza el medicamento. Anote las fechas y horas de la administración de los medicamentos en el registro medico del centro.

Nombre – Guardería / Campamento De Verano

Nombre – Niño(a)	Fecha de nacimiento (mes, día, año)

MEDICAMENTO

Nombre - Medicamento	Dosis	Horas de la administración diaria	Fechas – Períodos de duración de los Medicamentos	
			De	Hasta
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		

Administración del Medicamento – Instrucciones Especiales

AUTORIZACION

Por este medio autorizo la administración de los medicamentos mencionados anteriormente a mi hijo(a) por el personal de la guardería / campamento de verano.

FIRMA - Padre o Guardián	Fecha de firma