

DISPENSING MEDICATION PERMISSION FORM

ONE FORM IS NEEDED FOR EACH MEDICATION

Childs Name: _____ D.O.B: _____ Centers Name: _____

Name of Physician: _____ Pharmacy Phone Number: _____

Prescription Number: _____ Name of Medication: _____

Time for Medication: _____ Dosage: _____

Continue this Medication Until: _____ Expiration Date: _____

Name of Person(s) Authorized to Give Medication: _____

Diagnosis/Purpose of medication: _____

Signature of Parent/Guardian

Date

MEDICINES MUST BE IN ITS ORIGINAL CONTAINER WITH CHILD'S NAME, PHARMACY LABEL AND INSTRUCTIONS. MEDICATIONS FROM MEXICO WILL NOT BE GIVEN BY NINOS, INC STAFF. USE THIS PART TO KEEP RECORD OF DOSAGE GIVEN AND AS A REFERENCE TO SHARE WITH CHILD'S PARENTS.

Amount Given	Time Given	Date Given	If medication prescribed is as needed, comment below.	Name of Person Giving Medication (Full Name Written)

SPILL/DISCARDING OF MEDICATION:

Amount spilled/Date: _____ By whom: _____

Amount spilled/Date: _____ By whom: _____

Medication Returned to Parent? _____ Yes _____ No Date Returned: _____

Signature of Parent/Guardian

Date

FORMA DANDO PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO

SE NECESITA UNA FORMA PARA CADA MEDICAMENTO

Nombre De El Niño/A: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Centro: _____

Nombre De El Doctor: _____ Numero De La Farmacia: _____

Numero De La Receta: _____ Nombre De El Medicamento: _____

Cuando Se Tiene Que Dar: _____ Dosis: _____

Continue Este Medicamento Hasta: _____ Fecha De Expiracion: _____

Nombre De Persona(S) Autorizadas Para Dar El Medicamento: _____

Diagnosis/Propósito del medicamento: _____

Firma De El Padre/Guardian

Fecha

LAS MEDICINAS DEBEN DE ESTAR EN EL CONTENIDO ORIGINAL, CON EL NOMBRE DE EL NIÑO/A, INSTRUCCIONES DE LA FARMACIA CLARAMENTE ESCRITO. EL EMPLEADO DE NINOS, INC. NO DISPENSARA MEDICINAS DE MEXICO. USA ESTA PARTE PARA REVISAR LA CANTIDAD DE DOSIS ADMINISTRADA Y COMO REFERENCIA PARA COMPARTIR LA INFORMACION CON EL PADRE/GUARDIAN DE EL NIÑO/A.

Cantidad	Hora	Fecha	Si medicina esta recetada cuando sea necesario, favor de comentar	Nombre de Personal Administro el Medicamento (Nombre Completo)

DERRAMAR/DESECHAR EL MEDICAMENTO:

Cantidad Derramada/Fecha: _____ De Parte De Quien: _____

Cantidad Derramada/Fecha: _____ De Parte De Quien: _____

Medicamento Regreso Al Padre? _____ Si _____ No Fecha de regreso: _____

Firma de el Padre/Guardian

Fecha