Departamento de Servicios para la
Familia y de Protección de Texas

Forma 7255s
Nov 2005

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Por medio de la presente pido a un empleado que administre el siguiente medicamento a mi hijo. Entiendo que los medicamentos deben estar en su envase original, marcados con el nombre del niño y con las instrucciones sobre su administración. Todo medicamento recetado debe llevar también la fecha y el nombre del doctor. Al firmar este documento, eximo al centro de cuidado de niños y a sus empleados de toda responsabilidad civil por cualquier reacción al medicamento que pueda sufrir mi hijo.

Fecha	Nombre del niño	Nombre del medicamento	Dosis	Hora de administración	Firma del padre	Dosis que se administró	Fecha y hora de administración	Nombre Completo del empleados