

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