ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	Código	OP-PI-FT-56
	Versión	01
	Fecha de Versión	18/12/2018
	Página 1 de 1	

Fecha:

Yo, _____ como madre/ padre/ tutor legal del niño o niña _____ del grupo _____ AUTORIZO al personal responsable del CDI APENSAR para realizar el procedimiento de administracion de los medicamentos que se relacionan a continuacion:

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	HORA	DIAS DE TRATAMIENTO	VERIFICACIÓN COORDINACIÓN

Firma padre de familia	Firma responsable CDI Apensar

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS