

**Parent Consent for Administration of Medication**  
**Consentimiento del Padre para la Administración de Medicamentos**

Center/FCCH \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*Centro/Hogar para Cuidado de Niños (FCCH) Fecha*

**Parent's Instructions**  
*Instrucciones Para Los Padres*

**Children receiving medication at a childcare facility must have:**

*Los niños que están recibiendo medicamentos en el centro de cuidado de niños deben presentar:*

- Original prescription bottle with drug name, date, child's name, prescribing physician's name, dosage, and time to be given.**

*El envase original del medicamento con la etiqueta de la farmacia, la fecha, el nombre del niño, nombre del médico quien recetó el medicamento, dosis, y la hora en que se debe administrar.*

- Written consent from parent permitting childcare facility personnel to give medications to child and specifying times per day to be given.**

*Consentimiento por escrito del padre permitiendo al personal del centro de cuidado de niños que administre el medicamento al niño y especificando las horas en que se le debe administrar.*

Child's Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_  
*Nombre del niño Fecha de Nacimiento*

Medication Name \_\_\_\_\_  
*Nombre del Medicamento*

Dosage/Route of administration \_\_\_\_\_ Times to be given \_\_\_\_\_  
*Dosis/vía de administración Horas de administración*

Medication to be continued until \_\_\_\_\_  
*Medicamento sera continuado hasta*

Possible reactions that need to be reported to physician  
*Posibles reacciones cuales deben ser reportadas al médico*

\_\_\_\_\_

Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
*Firma del Médico Telefono*

**Parent Release for Administration of Medicine**  
**Consentimiento del Padre Para la Administración de Medicamentos**

We, the undersign, who are the parents of \_\_\_\_\_ request that medicine be administered to our child in accordance with the above request by a member of the childcare staff. I will notify the center immediately if the medication is changed or stopped.

*Nosotros, los abajo firmantes, los padres de \_\_\_\_\_ solicitamos la administración de medicamento para nuestro hijo(a) de acuerdo con la petición de un miembro del personal del centro de cuidado de niños. Notificare al centro inmediateamente si cambia el medicamento o se deje de administrar.*

Parent's/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*Firma de los padres/guardián Fecha*

Distribution: White - Child's File Yellow - Health File Pink-Parent