



Medication Authorization
Autorización de medicación
By Parent & Health Professional
Para el padre y el médico

Child's Name _____ Date of Birth _____ Classroom _____
 Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Clase: _____

Parent/Guardian: For your child to take medication of any kind at the Shine Early Learning program, please:
Padre o tutor: Para que su niño tome medicamentos de cualquier clase en el programa de Shine Early Learning, por favor:

- Have a doctor, dentist or nurse practitioner complete part (A)
 Pídale al doctor, dentista o enfermera que complete la parte A
- Sign part (B), and return this form to Shine Early Learning
 Firme la parte B, y traiga este formulario a Shine Early Learning
- Provide one month's supply of unopened medication(s). If an inhaler is prescribed, a spacer will also be needed.
 Provea medicamentos cerrados para un mes. Si el niño usa inhalador, también necesitamos un espaciador

A separate authorization form must be completed for each prescription, or whenever there is a change in the prescription. For more information, see Shine Early Learning's Medication Administration Policy & Procedure.
 Un formulario de autorización separado debe ser completado para cada medicamento, o cada vez que haya un cambio de la receta. Para más información, vea la política y procedimiento de suministro de medicación de Shine Early Learning .

A) To Be Completed by Health Care Provider
Para ser completado por el médico o profesional de la salud

Name of medication: _____ Dosage: _____
 Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____

Route: _____ Frequency (instruction on when to administer): _____
 Vía: _____ Frecuencia (instrucciones de cuándo suministrar): _____

For "As needed medications:"
Para los medicamentos necesarios:
 Symptoms for which medication is administered:
 Síntomas para los que el remedio se suministra: _____

Maximum amount of medication in a 24-hour period:
 Cantidad máxima de medicamento en un período de 24 horas: _____

Reason child is taking it:
 Razón por la que el niño lo toma: _____

Duration of prescription:
 Duración de la receta: _____

Side effects to watch for:
 Efectos secundarios para observar: _____

How long has the child been taking this medication?
 ¿Cuánto hace que el niño toma este medicamento? _____

Is the child taking any other medication? ¿Toma el niño algún otro medicamento? Yes (Sí) No
 If yes, please explain:
 Si dijo que sí, por favor explique: _____

Does child have any allergies to medication? ¿Sufre el niño alergias a algún medicamento? Yes (Sí) No
 If yes, please explain:
 Si dijo que sí, por favor explique: _____

Do you recommend this medication be administered during the Shine Early Learning program day?
 ¿Recomienda usted que el niño tome este remedio mientras se halla en el programa? Yes (Sí) No
 If yes, please explain:
 Si dijo que sí, por favor explique: _____

Signature of Health Care Provider: _____ Date: _____

Print Clinic/Practice Name: _____ Phone: _____

B) To Be Completed by Parent or Guardian
Para ser completado por el padre o tutor

I give my consent for the above-named child to be administered this medication at the Shine Early Learning program.
Autorizo que el niño nombrado arriba reciba este remedio en el programa de Shine Early Learning.

I confirm that this child has been given at least one (1) dose of this medication, with no evidence of adverse reaction or side effects.
Confirmando que este niño ha recibido por lo menos una (1) dosis de este medicamento sin evidencia de reacciones adversas o efectos secundarios.

By signing below, you give permission for an authorized staff member of Shine Early Learning to administer this medication. You also attest that neither Shine Early Learning nor any individual staff member shall be held responsible for any damages as a result of administering this medication.

Al firmar abajo, usted autoriza a un miembro del personal de Shine Early Learning a suministrar el medicamento. Usted también avala que ninguna persona de Shine Early Learning o que la institución se harán responsables de daños que resulten por el suministro de este medicamento.

Signature of Parent/Guardian:

Date:

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Print Name:

Phone:

Escriba el nombre en letra de imprenta: _____ Teléfono: _____