



# Estancia Infantil Pandín

Uxmal #750, Col. Letrán Valle, Del. Benito Juárez

5601.4257 • info@pandin.com.mx

www.pandin.com.mx

## HOJA DE AUTORIZACIÓN PARA LA MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESTANCIA INFANTIL PANDÍN

Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Yo \_\_\_\_\_ (nombre completo), \_\_\_\_\_ (madre/padre/tutor)  
de \_\_\_\_\_ (nombre completo), con plena potestad, autorizo  
a la responsable y al personal de la Estancia Infantil Pandín para la ministración de los  
siguientes medicamentos a mi hijo(a):

1. Medicamento: \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

2. Medicamento:\* \_\_\_\_\_

Horario:\* \_\_\_\_\_

Dosis:\* \_\_\_\_\_

3. Medicamento:\* \_\_\_\_\_

Horario:\* \_\_\_\_\_

Dosis:\* \_\_\_\_\_

\* Cancelar con una raya los campos no utilizados.

Esta indicación se encuentra en la receta original y tiene fecha vigente. Deslindo con esta autorización al personal y a la persona responsable de la Estancia Infantil Pandín de cualquier complicación o reacción secundaria por los medicamentos prescritos por el médico.

Me responsabilizo asimismo de traer el material necesario para su ministración.

Anexo fotocopia de la receta médica.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto inmediato: \_\_\_\_\_

