

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS  
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL (CDI)  
SISTEMA MUNICIPAL DIF CHINA, NUEVO LEÓN

Lugar y fecha: China, Nuevo León, a \_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

DATOS DE LA NIÑA / NIÑO

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

Fecha de nacimiento: \_\_ / \_\_ / \_\_

CURP (en su caso): \_\_\_\_\_

Grupo / Sala: \_\_\_\_\_

DATOS DEL PADRE / MADRE / TUTOR(A) QUE AUTORIZA

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

Parentesco: Padre / Madre / Tutor(a) legal (tachar lo que no aplique)

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono(s) de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (en su caso): \_\_\_\_\_

DATOS DEL MEDICAMENTO

(Deberá adjuntarse receta médica vigente y legible, emitida por profesional con cédula).

Nombre comercial del medicamento: \_\_\_\_\_

Nombre genérico (si aplica): \_\_\_\_\_

Presentación: Jarabe / Gotas / Tabletas / Suspensión / Otro: \_\_\_\_\_

Dosis exacta por toma: \_\_\_\_\_

Vía de administración: Oral / Tópica / Otra (especificar): \_\_\_\_\_

Horario(s) en que debe administrarse dentro del horario del CDI:

: hrs.

: hrs.

Fecha de inicio del tratamiento: \_\_ / \_\_ / \_\_

Fecha estimada de término del tratamiento: \_\_ / \_\_ / \_\_

Diagnóstico o motivo del medicamento (según receta):

## INSTRUCCIONES ESPECIALES DEL MÉDICO TRATANTE

(Estas deben coincidir con la receta / nota médica anexa)

Restricciones o precauciones (ayuno, no combinar con alimentos, etc.):

Signos de alarma o reacciones adversas que se deben vigilar:

Nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Cédula profesional: \_\_\_\_\_

Teléfono / contacto: \_\_\_\_\_

Se anexa:

Receta médica de fecha \_\_ / \_\_ / \_\_.

En su caso, nota médica complementaria de fecha \_\_ / \_\_ / \_\_.

MANIFESTACIONES Y AUTORIZACIÓN EXPRESA DEL PADRE / MADRE / TUTOR(A)

Bajo protesta de decir verdad, DECLARO:

Que el medicamento descrito en este formato ha sido prescrito por un médico debidamente titulado y con cédula profesional, y que entrego copia de la receta y/o nota médica correspondiente.

Que el medicamento se entrega en su envase original, claramente identificado y dentro de su fecha de caducidad, con etiqueta legible donde conste, cuando aplique, concentración y forma farmacéutica.

Que he sido informado(a) de que el CDI únicamente podrá administrar medicamentos:

Con receta médica y este formato debidamente firmado,

En los horarios y dosis aquí señalados,

Por personal autorizado, conforme al Manual de Procedimientos del CDI.

Que AUTORIZO EXPRESAMENTE al personal del CDI para:

- a) Resguardar el medicamento en lugar seguro, bajo llave o en refrigeración si así se requiere.
- b) Administrar el medicamento a mi hija(o) en la dosis, horarios y vía indicados, de acuerdo con la receta y la información proporcionada.
- c) Registrar cada administración en la bitácora de control de medicamentos del CDI.

Que entiendo y acepto que el CDI no es responsable de:

La eficacia del tratamiento ni de la idoneidad del medicamento prescrito por el médico tratante. Reacciones adversas o alergias propias del medicamento, siempre que el personal lo administre conforme a las instrucciones médicas y a este formato.

Cualquier consecuencia derivada de información incompleta, falsa u omitida que yo haya proporcionado sobre el estado de salud de mi hija(o) o sobre tratamientos simultáneos.

Que me comprometo a:

- a) Notificar de inmediato al CDI si el médico modifica dosis, suspende el medicamento o cambia el tratamiento.
- b) Retirar el medicamento al término del tratamiento o al egreso de la niña(o) cada día, cuando así lo indique el personal.
- c) Acudir de inmediato al CDI, o al servicio médico correspondiente, si se me informa sobre cualquier reacción adversa o situación de riesgo relacionada con el medicamento.

Que en caso de que el personal observe reacción adversa, malestar relevante o signos de alarma, autorizo al CDI a:

Suspender la administración del medicamento en ese momento,

Aplicar su protocolo de emergencia médica (primeros auxilios, notificación inmediata, llamada a servicios de emergencia, canalización a unidad de salud),

Informarme de los hechos a la brevedad posible.

#### DECLARACIÓN FINAL

Reconozco haber leído el contenido del presente formato, así como conocer el Reglamento Interno, Lineamientos, Manual de Organización y Manual de Procedimientos del CDI, y acepto que la administración de medicamentos se realizará en apego a dichos documentos y a la normatividad vigente, sin que ello implique renuncia a los derechos de mi hija(o), sino únicamente una delimitación clara de responsabilidades respecto de la medicación prescrita.

Nombre y firma del padre / madre / tutor(a)

Nombre y firma de recibido

Dirección del Centro de Desarrollo Infantil (CDI)

Sistema Municipal DIF China, N.L.