

**РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРИЕМ (ВВЕДЕНИЕ) ЛЕКАРСТВА – ЦЕНТРЫ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ**  
**AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION – CHILD CARE CENTERS**

**Использование формы.** Эта форма является обязательной для семейных центров по уходу за детьми в соответствии с HFS 45.07(6)(f)1.a. Невыполнение данного требования может привести к изданию постановления о несоответствии. Эта форма является добровольной для групповых центров по уходу за детьми и дневных лагерей; однако заполнение этой формы отвечает требованиям HFS 46.07(6)(f)1.a. и HFS 55.44(6)(e)1.a., Wis. Admin. Codes. Личная информация, содержащаяся в этой форме, будет использована только для подтверждения соответствия правилам лицензирования.

**Указания.** Эта форма должна быть заполнена и подписана родителем или опекуном перед приемом (введением) любого лекарства. Поместите форму в архив ребенка, когда принимать лекарство больше не требуется / не разрешено. Регистрируйте даты и время приема (введения) лекарства в медицинском журнале центра.

Название центра по уходу за детьми

Имя ребенка \_\_\_\_\_ Дата рождения (месяц, день, год) \_\_\_\_\_

**ЛЕКАРСТВО**

Название лекарства	Доза	Время суток, когда было принято (введено) лекарство	Способ приема (введения)	Даты – период приема лекарства	
				с	по
		<input type="checkbox"/> утра <input type="checkbox"/> вечера			
		<input type="checkbox"/> утра <input type="checkbox"/> вечера			
		<input type="checkbox"/> утра <input type="checkbox"/> вечера			
		<input type="checkbox"/> утра <input type="checkbox"/> вечера			

Да  Нет **Указано ли на ярлыке лекарства, отпускаемого без рецепта (ОТС), что необходимо проконсультироваться с врачом ребенка?** Если «Да», то я проконсультировался с врачом моего ребенка, и я даю разрешение на дозу, соответствующую рекомендации врача.

\_\_\_\_\_  
Название лекарства, отпускаемого без рецепта

\_\_\_\_\_  
Инициалы  
родителя

Дополнительная информация / специальные указания / противопоказания – уточните.

**РАЗРЕШЕНИЕ**

Настоящим даю разрешение сотрудникам центра по уходу за детьми, перечисленным выше, давать моему ребенку вышеуказанное (ые) лекарство (а).

ПОДПИСЬ родителя или опекуна

Дата подписания