Departamento de Educación del Estado de Maryland
Oficina de Cuidado Infantil

APLICACIÓN TÓPICA DEL PRODUCTO DE CUIDADO BÁSICO
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Se pueden aplicar productos tópicos de cuidado básico, como productos para la dermatitis del pañal, protector solar o repelente de insectos, autorizados y suministrados por los padres del niño, sin la aprobación previa de un profesional de la salud autorizado. Documente la aplicación de estos productos en este formulario. Mantenga este formulario en el registro del niño según lo exige la COMAR. NO SE REQUIERE OCC 1216.

EL NOMBRE DEL NIÑO: Fecha de nacimiento:

Nombre del producto:

☐ Producto para la dermatitis del pañal: Fecha de recepción: ☐ Protector solar: Fecha de recepción: ☐

Repelente de insectos: Fecha de recepción:

Autorizo al personal de cuidado infantil a aplicar y almacenar el producto tópico de cuidado básico como se indica anteriormente según las instrucciones del fabricante. Doy fe de que le he administrado al menos una aplicación del producto a mi hijo sin efectos adversos. Certifico que tengo la autoridad legal para dar consentimiento a la aplicación y almacenamiento del producto(s) para el niño mencionado anteriormente.

NOMBRE EN IMPRENTA DEL PADRE/TUTOR	NÚMERO DE TELÉFONO
FIRMA DEL PADRE / TUTOR	FECHA
NOMBRE DEL PERSONAL QUE RECIBE EL PRODUCTO	FIRMA Y FECHA

FECHA (UNA VEZ POR DÍA)	**PRODUCTO (casilla de verificación)**			**REACCIONES OBSERVADAS (SI LAS HAY)**	**FIRMA**
	Pañal	**protector solar**	**Insecto**		

Departamento de Educación del Estado de Maryland
Oficina de Cuidado Infantil

FECHA	**PRODUCTO**			**REACCIONES OBSERVADAS (SI LAS HAY)**	**FIRMA**
	Pañal	**protector solar**	**Insecto**		