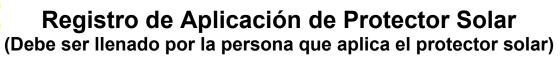


Formulario de Autorización para Protector Solar (Protector Solar Traído desde Casa)

Nombre del Niño:	Fecha de Nacimiento y Edad:							
	(No aplicar a bebés menores de 6 meses)							
Nombre del Protector Solar y SPF:	Fecha de Caducidad:							
Ingredientes Activos:								
Fecha de Inicio:	Fecha de Finalización: (hasta 12 meses después de la 'Fecha de Inicio')							
Posibles Efectos Secundarios:								
Instrucciones Especiales: (Incluir reacciones previas a la protección solar)								
Motivo del medicamento: Proteccio								
Cantidad por administrar: Cubrir la Ruta: Tópica	as áreas de la piel expuestas al sol							
•	antes de exponerse al sol y reaplicar cada dos							
amaonamiono: tomporatara ama	nonto							
Firma del Padre/Tutor	Fecha							





Nombre del Niño: Nombre del Protector Solar y SPF:												
E	numer	e los efe	ctos s		larios y s/tutores				on. No	tificar a	los	
F	-irmas	s (e inic	iales)	de la	s perso	nas c	que ap	lican p	rotect	or sol	ar:	
()()	
					_ ()					()	