



**ANEXO 7.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre de madre, padre o adulto con custodia legal de la niña o el niño)  
 Tipo documento: \_\_\_\_\_ número: \_\_\_\_\_  
 del municipio de \_\_\_\_\_, en forma voluntaria autorizo que  
 el (la) agente educativo (a) \_\_\_\_\_ (nombre del agente educativo)  
 le suministre a \_\_\_\_\_ (nombre de la niña o el niño) identificado (a)  
 con tipo y número de documento \_\_\_\_\_  
 Administre el o los medicamentos \_\_\_\_\_  
 formulados en la prescripción médica que se adjunta.

Me fue explicado y entiendo que:

1. De manera anticipada a mi decisión voluntaria de aceptación y suministro del medicamento referido, el médico tratante me ha informado de manera clara y completa las reacciones adversas, complicaciones y efectos colaterales que pueden presentarse como riesgo previsto científicamente derivado del consumo del medicamento, relacionados con las dosis, vía de absorción, presentación, tiempo del tratamiento, recomendaciones generales y específicas sobre el uso del medicamento.
2. Acataré todas las indicaciones que me dé el médico tratante y estaré atento  
 (a) A los signos de alerta por los cuales deba consultar de inmediato por urgencias en el sistema de salud.

Manifiesto conformidad con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a mi satisfacción. He entendido las condiciones y objetivos de los fármacos formulados por el médico tratante, así como los riesgos y cuidados que debo tener en cuenta de acuerdo con su prescripción. Comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva la toma del medicamento ordenado.

Índice Derecho

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Firmado en Medellín,

el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_





## INDICACIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DE LA BITÁCORA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN BUEN COMIENZO

<b>Medicamento</b>	Nombre completo como se registra en la caja o frasco, sin Abreviaciones.
<b>Presentación</b>	Una referencia de si se trata de una tableta, cápsula o jarabe, de qué color, que forma tiene la píldora o el frasco, a fin de evitar confusiones y asegurar que se identifique correctamente el medicamento. Ejemplo: jarabe, frasco mediano, líquido de color rojo.
<b>Dosis</b>	Cuántas píldoras, cápsulas, tabletas, cucharadas, cucharaditas, mililitros, etc. fueron suministradas al niño. Ejemplo: 10 mililitros.
<b>Fecha</b>	Fecha en que se administra el medicamento por cada dosis.
<b>Hora</b>	Hora del día en que se administró las dosis. Si se llegara a atrasar una dosis, se debe escribir la hora real de administración, a fin de calcular la siguiente hora para administrar el medicamento.
<b>Observaciones</b>	Anotar si se presenta algún tipo de reacción, a fin de determinar si existe alguna alergia o intolerancia al medicamento, para informar lo antes posibles al médico tratante. Ejemplos: brotes en la piel, picazón, estornudos, asma, cambio de coloración, etc.

### 5 ACCIONES CORRECTAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1. Administrar al paciente correcto
2. Administrar la dosis correcta
3. Administrar el medicamento por la vía correcta
4. Administrar el medicamento en el horario correcto
5. Administrar el medicamento correcto



**Alcaldía de Medellín**

Distrito de  
**Ciencia, Tecnología e Innovación**

**FINALIZACION DE LA ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTOS Y/O  
DEVOLUCION DEL MATERIAL SOBRENTE A LA FAMILIA**

OBSERVACIONES:

Área reservada para las observaciones.

Firma del agente educativo: \_\_\_\_\_

Firma de la familia: \_\_\_\_\_



[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

Centro Administrativo Distrital CAD  
Calle 44 N° 52-165. Código Postal 50015  
Línea de Atención a la Ciudadanía: (604) 44 44 144  
Conmutador: (604) 385 55 55 Medellín - Colombia



CO17/7740



**Alcaldía de Medellín**  
Distrito de  
**Ciencia, Tecnología e Innovación**

## BITACORA PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Nombre del niño o la niña: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento de identidad: \_\_\_\_\_

Medicamento	Presentación	Dosis	Fecha (dd/mm/aaaa)	Hora	Observaciones	Nombre y Firma del agente educativo