

Cordial saludo,

Señores acudientes y padres de familia, les informamos que el equipo de profesionales de la Fundación **no está autorizado** para suministrar medicamentos y/o tratamientos a los beneficiarios, exceptuando aquellos que estén prescritos bajo orden médica y deben suministrarse en los horarios de atención de la Fundación Andecol, de lo contrario el medicamento *debe ser suministrado en casa*.

¿Su hijo(a) y/o representado requiere de medicamentos de control para mantener estabilidad de su salud física y/o mental? Para nosotros es importante conocer esta información con el fin de garantizar atenciones seguras en caso de urgencias médicas y verificar el impacto del mismo, en su proceso de rehabilitación integral. **SI** ____ **NO** ____

¿Su hijo(a) y/o representado requiere le sea suministrado un medicamento mientras se encuentra en horario de atención en la Fundación Andecol. **SI** ____ **NO** ____ **NO APLICA** ____

En caso de ser **SI** la respuesta y deba tomar el medicamento en la Fundación Andecol, le solicitamos diligenciar el siguiente consentimiento informado y acompañarlo de la fórmula médica que indique nombre del medicamento, dosis, hora debidamente diligenciado por el médico que lo prescribió.

CONSENTIMIENTO INFORMADO SUMINISTRO DE MEDICAMENTO

Yo _____ identificado con tipo y número de documento _____ en calidad de (escriba el parentesco con el beneficiario) _____ del beneficiario(a) _____ identificado con tipo y número de documento _____, autorizo a la Fundación Andecol para suministrar el tratamiento médico farmacológico que anexo a este consentimiento por medio de fórmula médica, de la siguiente manera:

Nombre del Medicamento: _____

Fecha de inicio del medicamento: _____ Fecha de finalización: _____

Hora exacta en la que debe tomar el medicamento: _____ Dosis: _____

Precauciones a tener en cuenta con el medicamento: _____

Nota: si la orden medica no está vigente este consentimiento informado no tendrá validez y el tratamiento no podrá ser suministrado. Igualmente, el responsable del beneficiario deberá garantizar que el medicamento no está vencido, su contenedor está íntegro y es legible su nombre.

Firma del representante: _____

Documento de identidad: _____

Teléfonos de contacto: _____

Fecha de diligenciamiento: _____