

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y PERMISO DE MEDICAMENTOS

Ubicación: _____

La Parte A debe ser completada por un médico con licencia, a menos que se proporcione una copia de la receta y el envase original de la receta que contenga la información solicitada en la Parte A.

Por la presente solicito que a mi hijo/a se le permita tomar los siguientes medicamentos en el Lugar identificado anteriormente y/o en una excursión, evento o actividad patrocinados por el Lugar.

Apellido del Menor	Primer nombre	Sexo	Fecha de nacimiento
--------------------	---------------	------	---------------------

Nombre del medicamento: _____

A. Instrucciones del médico. (Complete donde corresponda)

Propósito de la medicación o diagnóstico

Dosis Prescrita	Calendario de fecha/hora	Forma de dosis (tableta/líquido)
-----------------	--------------------------	----------------------------------

Por favor notifique a esta oficina si el paciente olvida tomar algún medicamento. Sí No

El medicamento puede tener efectos adversos (explique) _____

Instrucciones especiales y/o comentarios: _____

Escriba el nombre del médico con licencia	Firma del médico con licencia	Fecha
---	-------------------------------	-------

Dirección y número de teléfono del médico

B. Permiso para la administración de medicamentos y/o pruebas en el lugar y/o en la excursión/evento/actividad patrocinados por el lugar:

solicito que a mi hijo/hija identificado arriba se le permita llevar y usar medicamentos de emergencia (inhalador, epi-pen, insulina, etc.) y/o análisis de niveles de azúcar en la sangre en el Lugar identificado anteriormente y/o en una excursión/evento/actividad patrocinados por el Lugar según lo prescrito por el médico mencionado anteriormente. Reconozco y entiendo que ningún profesional de la salud u otro adulto capacitado puede estar disponible en la Ubicación o en la excursión/evento/actividad para ayudar, controlar o supervisar la autoadministración de medicamentos o pruebas de mi hijo/hija a menos que se hayan hecho arreglos por adelantado. En caso de que mi hijo/hija no pueda autoadministrarse o autoevaluarse, acepto que el personal/acompañantes de la ubicación puedan ayudar a mi hijo/hija en la medida de lo posible según las circunstancias, pero ni ellos ni la ubicación serán responsables de cualquier consecuencia adversa o lesión. Por la presente, doy permiso al personal/acompañantes de la ubicación para llamar a los paramédicos para brindar tratamiento a mi hijo/hija en caso de que sea necesario y para divulgar información médica a los socorristas para ese propósito. Para todos los demás medicamentos, mi hijo/hija y yo cumpliremos con las políticas y los procedimientos de la Ubicación y le proporcionaremos a la Ubicación cualquier medicamento que mi hijo/hija requiera en su receta original.

botella.

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____ Número de Teléfono de Emergencia: _____

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

