



Administrado Medicamentos a Menores

Forma de Autorización de Padres

Enumere todos los medicamentos recetados y medicamentos de venta libre que se enviaran con su hija

Nombre del Participante: _____
(Apellido) (Nombre)

Condición Medica	Nombre de Medicina	Dosis
¿Cuándo y con qué frecuencia se administraran dosis?		Requisitos especiales de almacenamiento (e, refrigeración)
Condición Medica	Nombre de Medicina	Dosis
¿Cuándo y con qué frecuencia se administran dosis?		Requisitos especiales de almacenamiento (e, refrigeración)
Condición Medica	Nombre de Medicina	Dosis
¿Cuándo y con qué frecuencia se administran dosis?		Requisitos especiales de almacenamiento (e, refrigeración)

Hay ciertos medicamentos que las niñas pueden dares permiso de llevar, incluyendo inhaladores bronquiales, iPens, o medicación de diabetes.

Mi hija va a llevar medicación siguiente con él y ha sido instruida en su uso.

- Todos los medicamentos deben enviarse en el envase original, etiquetado
- Se prescindirá de todos los medicamentos por indicaciones de la etiqueta.
- Todos los medicamentos siempre deben ser vigentes.
- Medicamento prescrito debe ser para la niña que recibe la medicación.
- Se contactara con el padre/tutor nombrado a en caso de que haya alguna duda o preguntas.

Doy mi consentimiento a Girl Scouts para que a mi hija le administren las dosis de medicamento que requiere. Al firmar este documento acepto no hacer responsable a Girl Scouts of Greater Chicago and Northwest Indiana por alguna reacción adversas de la medicación.

Firma de Padre/ Guardián: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____