



Formulario de permiso de medicamento

Padres/Guardianes: Complete, firme, y entregue este formulario a Líder de tropa/grupo o Tutor de viajes si preve que su hija necesitará tomar algún medicamento de venta libre o medicamento prescrito durante cualquier actividad de las Girl Scouts.

- **Enumera todos los medicamentos de venta libre y prescritos** - incluyendo repelente de insectos, protector solar, pomada antipiquinas, etc. Medicamentos (aparte de tratamiento externo de primeros auxilios) no se administrarán sin este formulario. Las niñas pueden llevar repelente de insectos, protector solar, crema para la picazón con ellos mismos, pero debe describirse a continuación.
- Líder de tropa/grupo o Administrador de primeros auxilios van a guardar todos los medicamentos - aparte de medicamentos de emergencia identificados por médicos como inhaladores bronquiales, medicación para la diabetes y EpiPens.
- Debe mantener medicamentos en sus recipientes originales. Medicamentos prescritos deben tener el nombre de la niña en la etiqueta original.

Nombre de la niña: _____

de la tropa: _____

Medicamento	Razón para el medicamento	Dosis	Cuándo administrar

Alergias

Enumera cualquier medicamento y alergia alimentaria conocida. _____

☐ Mi hija no tiene ninguna alergia conocida.

Acuerdo de Padres/Guardianes:

He leído y entiendo las directrices de arriba con respeto a la dispensación de medicamentos a mi hija. He escrito el (los) nombre(s) de los medicamentos que ella está tomando actualmente y las instrucciones para su administración. Si se realiza algún cambio en el medicamento, lo añadiré a la lista y volveré a firmar este formulario.

Firma de Padre/Guardián: _____

Fecha: _____

Firma de Padre/Guardián: _____

Actualizada : _____

Firma de Padre/Guardián: _____

Actualizada : _____

Firma de Padre/Guardián: _____

Actualizada : _____