



Administrando Medicina a un/a Menor

Formulario de Permiso para Padres

Por favor, enumere todas las prescripciones y medicinas que van a viajar con su hija.

NOMBRE DE PARTICIPE: _____

(Apellido)

(Primer nombre)

(Segundo nombre)

Condición Médica	Nombre de Medicina	Dosis
1.		
Cuándo y con qué frecuencia se administra la dosis	Requisitos especiales de almacenamiento	
Condición Médica	Nombre de Medicina	Dosis
2.		
Cuándo y con qué frecuencia se administra la dosis	Requisitos especiales de almacenamiento	
Condición Médica	Nombre de Medicina	Dosis
3.		
Cuándo y con qué frecuencia se administra la dosis	Requisitos especiales de almacenamiento	

Hay ciertas medicinas que las niñas pueden recibir permiso para llevar en su misma, incluidos los inhaladores bronquiales, EpiPens, o medicinas de emergencia para la diabetes.

Mi hija llevará la siguiente medicina con ella y se le ha indicado su uso:

- Todas las medicinas deben enviarse en el contenedor original con etiqueta
- Todas las medicinas se dispensarán según las instrucciones en la etiqueta
- Todas las medicinas proporcionadas deben estar vigentes
- Las medicinas recetadas deben de ser adecuadas para la niña que la recibe
- Se contactará al padre/tutor nombrado aquí si surge alguna pregunta

Doy permiso para que el adulto ayude a mi hija proporcionándole medicinas de venta libre para ayudar con las medicinas recetadas mencionadas anteriormente, si así lo solicita. Al firmar este formulario, acepto que no está responsable el adulto o el concilio de Girl Scout por las reacciones adversas de las medicinas.

FIRMA de padre/tutor: _____

Fecha: _____ **Número de teléfono primario:** _____