

Autorización para administrar medicamento

Nombre del participante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Doy mi consentimiento al personal de Bend Park & Recreation District para que administre el siguiente medicamento a mi hijo(a). El padre o apoderado debe completar el siguiente formulario.
EL MEDICAMENTO DEBE ESTAR EN SU ENVASE ORIGINAL CON SU ETIQUETA RESPECTIVA, DESCRIPCIÓN E INSTRUCCIONES.

Medicamento: _____ No tiene receta médica: _____

Dosis: _____ Receta Médica #: _____

¿Con qué frecuencia? (cuán a menudo): _____

Modo (marque con círculo): vía oral vía auditiva vía nasal en la piel

Hora: _____

Fecha de inicio: _____ Último día: _____

Razón para administrar el medicamento:

Instrucciones específicas: _____

Soy consciente que soy responsable de proporcionar este medicamento y suministrarlo según sea necesario. Si al final del programa queda algo medicina en el programa, este será descartado.

Firma del padre de familia o apoderado: _____ Fecha: _____



play for life

