

## 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*

