

Formulario de Medicamentos Recetados Y Sin Receta

Nombre de la niña: _____ # de Tropa: _____

Padre / Tutor Legal: Complete, firme y envíe este formulario al líder de la tropa / primer socorrista para cada viaje que su hija tome o cuando ocurran cambios. Esto es necesario para que el adulto lo ayude con cualquier receta o administre los medicamentos sin receta que **le proporciona** a la tropa.

Todos los medicamentos **deben** mantenerse en posesión de un adulto personal de primeros auxilios, las únicas excepciones son: anticonceptivos, Epi Pens®, inhaladores bronquiales o medicamentos para la diabetes que pueda ser llevados por la niña.

Todos los medicamentos, los medicamentos recetados y medicina proporcionada por los padres/tutores legales, deben estar en su envase original con la etiqueta original, tener la dosis y la fecha de vencimiento. Las etiquetas de la receta deben incluir los nombres de la niña, el nombre y el número de teléfono del médico. Estas medicinas **deben** ser entregadas en una bolsa transparente con cierre e identificada con el nombre de la niña.

Mi hija toma los siguientes medicamentos a diario y los necesitará con ella mientras este bajo su cuidado: Indique los que también lleva la niña

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	La hora que fue administrado/tomado

Instrucciones especiales: _____

Medicamentos que ya le he dado a mi hija hoy:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	La hora que fue administrado/tomado

Mi hija actualmente toma los siguientes medicamentos de forma temporal y deberá usarlos mientras esté bajo su cuidado:

Esta área es para antibióticos y/o cualquier medicamento que los padres consideren permisible para la niña.

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	La hora que fue administrado/tomado

Instrucciones especiales: _____

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____