



Campamento de Verano De los "Student Stewards" Formulario de Administración Médica

Nombre del Estudiante: _____

Edad: _____ Campamento/Semana #s: _____

Pautas:

- Si su estudiante viene al campamento con algún medicamento, este formulario debe completarse en su totalidad.
- **Se requiere la firma de un médico con todos los medicamentos recetados.**
- **Se requiere la firma de un médico para medicamentos sin receta si se van a dispensar en una dosis o horario diferente al recomendado por el fabricante (como ibuprofeno o acetaminofén).**
- Mantenga el medicamento en el empaque original, etiquetado con el nombre del estudiante, la dosis y el horario.
- Por favor traiga el medicamento en una bolsa transparente claramente etiquetada.
- Si su estudiante va a atender al campamento por varias semanas, este formulario solo debe llenarse una vez, pero debe entregarse cada semana.

Enumere todos los medicamentos recetados y sin receta que va a traer al campamento.:

1. Nombre de la Medicación: _____ Objeto del Medicamento: _____

Dosificación y Hora de Dispensación: _____

2. Nombre de la Medicación: _____ Objeto del Medicamento: _____

Dosificación y Hora de Dispensación: _____

3. Nombre de la Medicación: _____ Objeto del Medicamento: _____

Dosificación y Hora de Dispensación: _____

4. Nombre de la Medicación: _____ Objeto del Medicamento: _____

Dosificación y Hora de Dispensación: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____ Número de Contacto: _____

PARA EL MÉDICO QUE PRESCRIBE

He aprobado la información anterior con respecto a los medicamentos con receta o sin receta con variaciones de dosis.

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Número de Contacto: _____

Dirección de la Oficina: _____