



## Permiso para Administrar Medicamentos a Menores

Nombre del Menor \_\_\_\_\_

### Medicamentos con o sin receta

1. Todos los medicamentos, con excepción de aquellos que tengan avisos especiales, serán mantenidos por el líder de tropa.
2. Cada medicamento con receta debe estar en el recipiente original de la farmacia con el nombre de la niña impreso claramente en la etiqueta. El medicamento será administrado de acuerdo a las instrucciones originales en la etiqueta de la farmacia.
3. Cada medicamento sin receta debe estar en el contenedor original en el que fue comprado. Estos medicamentos serán administrados de acuerdo con las instrucciones en la etiqueta de fábrica, a menos que tengamos una receta médica instruyéndonos algo diferente.
4. Las niñas pueden tener repelente de insectos, protector solar, y crema para la picazón en sus pertenencias, pero debe listarlo atrás de este documento. Como recordatorio, repítele a las niñas que no deben compartir estos medicamentos sin receta.
5. Por favor use el espacio atrás de este documento para autorizar cada medicamento.

### Permiso para usar y cargar medicamentos de uso personal de emergencia

Yo confirmo que mi hijo(a) tiene la capacidad y habilidad para tener en su poder (cargar o poseer fuera de la supervisión del líder de tropa/persona certificada en primeros auxilios) y administrar los medicamentos indicados, cuando sean médicamente necesarios en actividades de las Girl Scouts. Ellas necesitarán notificarle a su líder o encargado de primeros auxilios si tienen que usar dichos medicamentos. Circule todas las que aplican

- a. Inhalador para el asma
- b. Inyección de Epinefrina
- c. Otro (por favor escriba el nombre)

\_\_\_\_\_ Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_ Fecha

### Medicamentos Sin Receta (La persona certificada en primeros auxilios de la tropa tiene el poder de mantener con él/ella ninguno, alguno, o todos los medicamentos sin receta de su niña durante las actividades de las Girl Scouts).

Yo doy mi permiso para que el líder de tropa o la persona certificada en primeros auxilios pueda administrar los siguientes medicamentos sin receta a mi hija en el caso de un accidente o enfermedad en los cuales no puedan conseguirme a mí primero. Yo entiendo que se hará todo esfuerzo para tratar de ponerse en contacto con los números de teléfono que yo he dado en los documentos de la tropa y en el permiso para actividades en caso de alguna emergencia, antes de que algún medicamento sea administrado.

**YO NO AUTORIZO QUE SE LE DEN MEDICAMENTOS SIN RECETA A MI HIJA.**

Por favor, ponga sus iniciales al lado de los medicamentos que usted autoriza que se le den a su hija como sea necesario.

\_\_\_\_\_ Acetaminophen/Tylenol®--para el dolor/reducir fiebre

\_\_\_\_\_ Ibuprofen/Advil®-- para el dolor/reducir fiebre/anti-inflamatorio

\_\_\_\_\_ tabletas para la garganta—tos/garganta irritada

\_\_\_\_\_ Tums—para el estómago

\_\_\_\_\_ Antihistamine/Benadryl®--reacciones alérgicas

\_\_\_\_\_ Crema antibacterial/Neosporin®-- cortes y raspaduras

\_\_\_\_\_ .5-1% crema de hidrocortisona/Cortaid®--erupción de la piel, salpullido

\_\_\_\_\_ Productos anestésicos con benzocaine o lidocaine--reducen el dolor de quemaduras leves y picadas



## Permiso para Administrar Medicamentos a Menores

**Permiso para usar bloqueador solar y repelente para insectos (sin confirmación verbal)** Marque todo lo que aplique

- Yo doy permiso para que mi hija use bloqueador solar proveído por su líder/primeros auxilios.
- Yo NO doy permiso para que mi hija use bloqueador solar proveído por su líder/primeros auxilios.
- Yo doy permiso para que mi hija use repelente de insectos proveído por su líder/primeros auxilios.
- Yo NO doy permiso para que mi hija use repelente de insectos proveído por su líder/primeros auxilios.

**Nota:** Si una Girl Scout no tiene su propio bloqueador solar o permiso de su padre o encargado para que el líder o persona certificada en primeros auxilios provea bloqueador solar, puede que no la dejen participar en actividades al aire libre.

Nombre de Medicamento con o sin receta	Nombre del Doctor	Número de Teléfono del Doctor	Dosis	Hora(s) para administrar el medicamento	Efectos Secundarios

Yo he leído y entiendo las directrices anteriores en relación a la administración de medicamentos para mi hija. En la medida de mis capacidades, la información proveída conjunto con este documento está correcta. Yo entiendo que soy responsable de asegurarme que todos los medicamentos que yo les dé a los voluntarios no estén expirados. Yo también entiendo que el líder de tropa/primeros auxilios no está requerido a asumir esta responsabilidad. Yo autorizo al líder de tropa/primeros auxilios a administrar los medicamentos con o sin recetas anotados aquí.

\_\_\_\_\_

Firma de Padre o Encargado

\_\_\_\_\_

Fecha