



# Autorización para administrar medicamentos

Por medio del presente documento autorizo al socorrista \_\_\_\_\_ a  
(nombre del socorrista)  
 administrar a \_\_\_\_\_ los medicamentos enumerados en esta y cualquier  
(nombre de la menor)  
 página adjunta, de conformidad con la Reglamentación del Estado de Massachusetts 105 CMR 430.160. Normas para los campamentos recreativos infantiles:

Los medicamentos prescritos para los campistas deben mantenerse en sus envases originales con la etiqueta farmacológica, que muestra la fecha de llenado, el nombre y dirección de la farmacia, las iniciales del farmacéutico que realizó el llenado, el número seriado de la prescripción, el nombre del paciente, el nombre del profesional que prescribe, el nombre del medicamento prescrito, las instrucciones de uso y las declaraciones de precaución, de haberlas, las instrucciones de uso y las advertencias, si las hubiera, contenidas en dicha receta o exigidas por la ley, y si se trata de comprimidos o cápsulas, la cantidad que hay en el envase. Todos los medicamentos sin receta de las menores se mantendrán en su envase original con la etiqueta original, que incluye las instrucciones de uso. Por favor, marque todos los medicamentos con el nombre de la menor. Los medicamentos enviados de forma inadecuada no serán administrados.

Cuando ya no sean necesarios, siempre que sea posible, los medicamentos serán devueltos al padre/madre/tutor. Si el medicamento no puede devolverse, se destruirá.

El socorrista del grupo tiene autorización de administrar los siguientes medicamentos sin receta a mi hija según sea necesario (marque todas las opciones que corresponda). Nota: No se administrará aspirina a ninguna de las menores.

<input type="checkbox"/>	Tylenol (acetaminofén)
<input type="checkbox"/>	Motrin (ibuprofeno)
<input type="checkbox"/>	Antihistamínico (Benadryl en tabletas, líquido)
<input type="checkbox"/>	Antihistamínico para la comezón (Benadryl en crema)
<input type="checkbox"/>	Para el alivio de las alergias (Loratadine - Claritin)
<input type="checkbox"/>	Para el mareo por movimiento (Dramamine, Bonine)

<input type="checkbox"/>	Antiácido (Tums, Mylanta)
<input type="checkbox"/>	Gotas para la tos
<input type="checkbox"/>	Jarabe para la tos (Robitussin)
<input type="checkbox"/>	Antidiarréico (Imodium, Kaopectate)
<input type="checkbox"/>	Repelente de insectos (con o sin DEET)
<input type="checkbox"/>	Bloqueador solar

**Para Epi-pen® o inhalador con prescripción:** Mi hija **es / no es** capaz de administrarse el medicamento por sí misma; mi hija está autorizada a llevar con sígolo estos dispositivos en todo momento y a usarlos de ser necesario. Toda Girl Scout que vaya a una actividad Girl Scout debe llevar todos los medicamentos diarios o de emergencia necesarios, incluyendo las inyecciones de epinefrina o inhaladores prescritos (la menor debe traer dos de cada uno, uno para el socorrista y el otro para mantenerlo consigo). Si una participante llega sin el (los) medicamento(s) requeridos, es posible que no pueda participar en la actividad.

EL (LOS) SIGUIENTE(S) MEDICAMENTO(S) DEBE ADMINISTRARSE A \_\_\_\_\_ DURANTE LA PERNOCTA.

(nombre de la menor)

Si está enviando más de cinco medicamentos, ya sean prescritos o sin receta, por favor saque copia a esta página antes de enumerarlos. Llene toda la información de cada medicamento enviado.

	Nombre del medicamento	Cantidad enviada	Dosis	Frecuencia	Instrucciones especiales (p. ej., administrar con alimentos)	Requisitos de almacenamiento
1						
2						
3						

Firma del cuidador: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_