

PETICION PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO

Todas las preguntas con asteriscos deberán ser completadas en la forma de registro.

ANUNCIO A PADRES/TUTORES LEGALES:

Cuando algún medicamento estará tomado en el campamento, este formulario tiene que ser llenado. Medicamentos tienen que llegar al campamento en el recipiente original de la farmacia y tienen que mostrar el nombre del campista, nombre del médico/dentista, número de receta, nombre del medicamento y la dosis. Medicamentos sin receta también tienen que llegar al campamento en sus recipientes originales. Gracias.



*Nombre del campista: _____

*Médico o Dentista: _____

*Medicamentos recetados que necesita tomar (use más papel como sea necesario y adjuntarlo al formulario):

*1. Nombre del medicamento: _____ *Número de receta: _____

*Hora(s) para tomarlo: _____ *Dosis: _____

*¿Por cuanto tiempo el campista ha estado tomando este medicamento en este dosis? _____

*2. Nombre del medicamento: _____ *Número de receta: _____

*Hora(s) para tomarlo: _____ *Dosis: _____

*¿Por cuanto tiempo el campista ha estado tomando este medicamento en este dosis? _____

*3. Nombre del medicamento: _____ *Número de receta: _____

*Hora(s) para tomarlo: _____ *Dosis: _____

*¿Por cuanto tiempo el campista ha estado tomando este medicamento en este dosis? _____

*Medicamentos sin receta que necesita tomar (use más papel como sea necesario y adjuntarlo al formular

*Medicamento: _____ *Hora(s) para tomarlo: _____ *Dosis: _____

*Medicamento: _____ *Hora(s) para tomarlo: _____ *Dosis: _____

*Medicamento: _____ *Hora(s) para tomarlo: _____ *Dosis: _____

*RAZON(ES) PARA MEDICAMENTO(S): _____

*Por medio del presente solicito que (nombre del campista) _____
recibe el/los medicamento(s) mencionado(s) arriba como apuntado y que el/la enfermero/a u otro líder adulto del campamento administra el medicamento. Entiendo que es mi responsabilidad proveer este medicamento y las instrucciones para administrar lo mismo. Además entiendo y acepto que de parte de mi mismo y la persona arriba mencionada, yo por la presente renuncio al derecho y libero cualquiera acción, causa de acción o derecho de responsabilidad por cualquiera pérdida, daños y perjuicios, accidente o herida de cualquier tipo contra el Kansas West Annual Conference y contra cualquier(a) enfermero(a) o líder adulto del campamento que viene de la administración del medicamento, incluso, pero no limitado, a cualquier reclamó de medicamentos administrado con descuido, y acepto indemnizar, proteger y eximir de toda responsabilidad a tales personas y el Kansas West Annual Conference de toda y cualquier demanda.

*Nombre (escribe con letra de molde) _____
(padre, tutor legal o campista adulto)

*Firma _____
(padre, tutor legal o campista adulto)

*Relación al Campista: _____ *Fecha: _____ / _____ / _____
("padre", "tutor legal", "sí mismo")