

Autorización Para la Medicación

- Nombre Completo del Niño: \_\_\_\_\_
- Nombre de Medicación: \_\_\_\_\_
- Número de Receta: \_\_\_\_\_
- Tiempo de Administrar: \_\_\_\_\_

(La medicación no será dada en una medida que "sea necesario" base, se deben proporcionar detalles específicos.)

- La cantidad de medicación que se debe dar: \_\_\_\_\_
- Fechas de cuando se debe dar: \_\_\_\_\_

(No más de dos semanas sin la declaración de un medico.)

- Las siguientes directrices se aplican :
  - La medicación debe ir en el envase original con el nombre del niño . Medicina de venta debe ir acompañada de instrucciones médicas.
- La medicación autorización forma debe ser completado por los padres/guardian o doctor.
- Las instrucciones deben coincidir con la etiqueta del envase y incluyen fechas de inicio y finalizacion.
- Una nueva forma debe ser completado cuando hagan cualquier cambio, o cuando la forma esta llena.
- Padres/Guardians debe ser llamado despùes del uso de inhaladores.

He leído, entiendo, y acuerdan seguir las disposiciones anteriores. Yo doy premisión para que el Georgia Mountains YMCA personal para administrar la medicación a mi niño según lo anotado arriba.

Padre/Guardian Firma: \_\_\_\_\_

Fecha	Tiempo Dado	Cantidad	Reacciones Adversas	Administrado Por
1) _____	_____	_____	_____	_____
2) _____	_____	_____	_____	_____
3) _____	_____	_____	_____	_____
4) _____	_____	_____	_____	_____
5) _____	_____	_____	_____	_____
6) _____	_____	_____	_____	_____
7) _____	_____	_____	_____	_____
8) _____	_____	_____	_____	_____
9) _____	_____	_____	_____	_____
10) _____	_____	_____	_____	_____