

# Autorización de administración de medicamentos

(Ronda Solar \_\_\_\_/\_\_\_\_)

En las actividades del GS XXXXX no se les permite a las personas menores de edad tomar medicamentos por su cuenta. Del mismo modo que por nuestra parte jamás administramos medicación alguna sin prescripción médica o autorización paterna/materna.

Por esa razón os solicitamos vuestro consentimiento:

Yo \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_, como madre/padre o tutor/a legal de \_\_\_\_\_ de la sección \_\_\_\_\_

**SOLICITO Y AUTORIZO** al equipo de monitores/as del GS XXXXXX para que administren la medicación siguiente:

*Marcar las medicinas que autoriza para ser administrados a su hijo/a en caso de que fuera necesario.*

En caso de procesos febriles, dolor de cabeza, menstruación u otros

Apiretal 100ml/mg (paracetamol) Dosis:

Paracetamol comprimidos. Dosis:

Dalsy 40ml/mg o Junifen 40ml/mg (ibuprofeno). Dosis:

Ibuprofeno comprimidos. Dosis:

En caso de seguir algún tratamiento, la siguiente medicación pautaada por su médico:

Medicamento:  la siguiente dosis:

Medicamento:  la siguiente dosis:

*(Si hubiera algún otro medicamento, escribir por la parte de atrás de esta hoja o adjuntar informe si es necesario)*

¿Hay otros medicamentos de venta libre o remedios de primeros auxilios a los que vuestro/a hijo/a sea alérgico/a o **NO** queréis que le sean administrados?  SI  NO

En caso afirmativo, ¿cuáles?

ME HAGO RESPONSABLE en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento.

Y para que conste, firmo la presente autorización.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firmado