

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 pautada 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