

AUTORIZACION DE PADRE E PROVEEDOR PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN EL CAMPAMENTO

Campamento Aurora solicita que todos los medicamentos que se pueden tomar antes o despues de campamento, sean administrados en la casa .

A. Para ser completado por el padre o guardian legal:

Solicito que mi hijo _____ Fecha de Nac. _____ Reciba la medicina segun lo prescrito por nuestro medico a continuacion. El medicamento debe ser proporcionado por mi en el envase original y correctamente etiquetado por la farmacia.

Firma (Padre o Guardian Legal): _____

Numero de telefono: Casa _____ Trabajo _____ Cel _____

Los medicamentos deben estar en el envase original de la farmacia, etiquetado con los pedidos y el nombre del medicamento especifico. Los medicamentos y las recargas deben ser llevados al campamento por un padre, guardian legal o adulto responsable.

B. Para ser completado por el medico (To be completed by a physician):

I request that my patient, as listed below, receive the following medication:

Name of Child _____ DOB _____

Diagnosis: _____

MEDICATION	DOSAGE	FREQUENCY/TIME TO BE TAKEN	ROUTE OF ADMINISTRATION

Duration of Treatment: _____

Possible Side Effects and Adverse Reactions (if any): _____

☐ This patient has a life-threatening condition and should be permitted to carry and self-administer his/her medication.

Physician's Signature: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Plan reviewed with parent(s)/legal guardian(s):

Firma de Padre/Guardian Legal: _____ Fecha: _____

Physician Signature: _____ Date: _____

PLEASE MAIL ALL COMPLETED FORMS TO:

Aurora Day Camp

3340 Peachtree Rd NE

Suite 1010

Atlanta, GA 30326

470-632-0909 phone

470-632-0909 fax

registrar@auroradaycamp.org

