

## AUTORIZACIÓN DE PADRE E PROVEEDOR PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS EN EL CAMPAMENTO

*Aurora Day Camp pide que todos los medicamentos que se pueden tomar antes o después del día del campamento se administren en el hogar.  
La siguiente información es para medicamentos que se deben administrar durante el día cuando su niño/a está en el campamento.*

### A. Para ser completado por el padre o tutor legal:

Yo pido que me hijo/a \_\_\_\_\_ fecha de nac \_\_\_\_\_

Reciba los medicamentos recetados por nuestro doctor a continuación. El medicamento debe ser proporcionado por mi en el envase original y etiquetado por la farmacia.

Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

\*Los medicamentos deben estar en el envase original etiquetado por la farmacia con las ordines específicas y el nombre de la medicación. Los padres, tutores legales o adultos responsables deben llevar todos los medicamentos al campamento.

### B. To be completed by physician:

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

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 requires an:

☐ Asthma inhaler

☐ EpiPen: If yes, please designate: \_\_\_\_\_ EpiPen Jr. \_\_\_\_\_ EpiPen (Adult)

Physician Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

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

Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Physician Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

PLEASE MAIL OR FAX COMPLETED FORM TO:



**Aurora Day Camp**  
8105 Roberts Drive  
Atlanta, GA 30350  
Phone: 470-632-0909  
Fax: 470-632-0909



[registrar@auroradaycamp.org](mailto:registrar@auroradaycamp.org)