

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS para Campamentos juveniles en Maryland

Departamento de Salud de Maryland (MDH, en inglés)
 Centro de Servicios de Recreación y Salud Ambiental Comunitaria (CRCEHS, en inglés)
 Oficina (410) 767-8417 Línea gratuita 1-877-463-3464 ext. 78417

Este formulario debe completarse en su totalidad para que los responsables y miembros del personal del campamento juvenil puedan administrar los medicamentos requeridos o para que el campista pueda autoadministrarse la medicación. Deberá completarse un nuevo formulario de administración de medicamentos al comienzo de cada temporada de campamento, para cada medicamento, y cada vez que se produzca un cambio en la dosis o en la hora de administración.

- Los medicamentos recetados deben estar en un contenedor etiquetado por el farmacéutico o el médico que receta.
- Los medicamentos sin receta deben estar en el contenedor original con las indicaciones de uso. Los medicamentos sin receta incluyen: vitaminas, medicamentos homeopáticos y hierbas medicinales.
- Una persona autorizada debe traer los medicamentos al campamento y dárselos a un miembro adulto del personal.

I. AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA

1. NOMBRE DEL MENOR		2. FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ Mes Día Año	
3. AFECCIÓN MÉDICA POR LA CUAL SE ADMINISTRA EL MEDICAMENTO:		4. MEDICAMENTO DE EMERGENCIA [] SÍ - En caso afirmativo, [] NO consulte la Sección III a continuación.	
5. NOMBRE DEL MEDICAMENTO	6. DOSIS	7. VÍA	
8. HORA/FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN		9. SI SE DEBE TOMAR CUANDO SEA NECESARIO, INDIQUE LA FRECUENCIA	
10. SI SE DEBE TOMAR CUANDO SEA NECESARIO, INDIQUE PARA QUÉ SÍNTOMAS			
11. EFECTOS SECUNDARIOS CONOCIDOS ESPECÍFICOS PARA EL MENOR			
12. EL MEDICAMENTO SE DEBE ADMINISTRAR durante el año en el que este formulario está fechado en 14b a continuación, a menos que se especifiquen fechas más restrictivas en 12a y 12b. Esta autorización NO DEBE EXCEDER 1 AÑO.		12a. DESDE ____/____/____ Mes Día Año	12b. HASTA ____/____/____ Mes Día Año
13. NOMBRE/TÍTULO DEL MÉDICO QUE RECETA:		Este espacio puede utilizarse para el sello de dirección del médico que receta	
TELÉFONO	FAX		
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL		
14a. FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (el padre/madre/tutor no puede firmar aquí) <small>(SOLO FIRMA ORIGINAL O SELLO DE FIRMA)</small>			14b. FECHA

II. AUTORIZACIÓN DE PADRE/MADRE/TUTOR

Solicito al operador, miembro del personal o voluntario autorizado del campamento juvenil que administre los medicamentos o supervise al campista en la autoadministración según lo recetado por el médico que receta autorizado mencionado antes. Certifico que tengo autoridad legal para consentir el tratamiento médico del menor arriba mencionado, incluida la administración de medicamentos en el establecimiento. Entiendo que al final del periodo autorizado, una persona autorizada, como se indica en el punto 15c siguiente, que puede incluir al menor, debe recoger los medicamentos, de lo contrario se desecharán. Autorizo al personal del campamento y al médico que receta indicado en este formulario para comunicarse de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPPA, en inglés).

15a. FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR	15b. FECHA	15c. PERSONA(S) AUTORIZADA(S) PARA RECOGER MEDICAMENTOS
15d. NÚMERO TELÉFONO DEL HOGAR	15e. NÚMERO DE CELULAR	15f. NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL

III. AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS PARA AUTOADMINISTRACIÓN / PARA LLEVAR (OPCIONAL)

Esta sección solo debe completarse si este medicamento está aprobado para la autoadministración. Los medicamentos para llevar solo se permiten para medicamentos de emergencia, como inhaladores y epinefrina. Tanto el médico que receta como el padre/madre/tutor deben dar su consentimiento para la autoadministración a continuación. Sin embargo, los operadores de campamentos juveniles no están obligados a permitir los medicamentos para autoadministración o para llevar.

Autorizo la autoadministración del medicamento mencionado anteriormente para el menor mencionado anteriormente bajo la supervisión del operador del campamento juvenil, un miembro del personal designado o un voluntario. Si se indica a continuación, el menor mencionado anteriormente puede llevar medicamentos de emergencia.

16a. FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA autorización de autoadministración	16b. MEDICAMENTO DE EMERGENCIA PARA LLEVAR (marque uno) [] SÍ [] NO [] No corresponde - No es medicamento de emergencia	16c. FECHA
17a. FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR autorización de autoadministración	17b. MEDICAMENTO DE EMERGENCIA PARA LLEVAR (marque uno) [] SÍ [] NO [] No corresponde - No es medicamento de emergencia	17c. FECHA