

**Hoja de Permiso para la Administración de Medicamentos con Receta  
(Llenar este formulario solo si su hijo(a) necesita medicamentos)**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Nombre del médico que ha dado la receta: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Si fue recetada: Farmacia \_\_\_\_\_ RX NO \_\_\_\_\_

Efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Dosis

Cantidad de medicamento: \_\_\_\_\_ Fecha inicial: \_\_\_\_\_ Fecha final \_\_\_\_\_

Horario de administración: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre, madre o tutor(a): \_\_\_\_\_

Teléfono(s) \_\_\_\_\_  
Doctor

Teléfono(s) \_\_\_\_\_

Padre/Madre o Tutor(a): \_\_\_\_\_

**¡Gracias! Ha concluido con la solicitud. ¡Felicidades!  
“Las oportunidades son para los que las toman” ¡Los esperamos!**

---

**Para el Exclusivo de Enfermería**

**Enfermero(a) del campamento:** Por favor anote la fecha, hora y sus iniciales cuando administre el medicamento.

Fecha	Hora	Iniciales	Fecha	Hora	Iniciales
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**DEVOLUCIÓN DEL MEDICAMENTO:**

Medicamento devuelto al padre, madre o tutor(a). Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El medicamento fue desechado por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El presente formato permanecerá en el archivo del participante al concluir su tratamiento.

---

**NOTA para enfermería:** Medicamento que no sea recetado por un doctor, solamente se administrará después de consultar con los padres sobre sus necesidades médicas.