

## **Autorización, renuncia y consentimiento del padre/tutor para la autoadministración de medicamentos recetados - menores en el campus**

Este formulario debe ser completado en su totalidad por todos los participantes menores de edad para la autoadministración de medicamentos recetados. Este formulario debe completarse para cada campamento al que asista el campista menor de edad, para todos los medicamentos y cada vez que se produzca un cambio en la dosis o en la hora de administración de un medicamento.

Todos los medicamentos recetados, incluidos los medicamentos para condiciones tales como alergias a alimentos, medicamentos o insectos; diabetes; asma; o epilepsia pueden ser traídos al programa organizado en/por el Texas State bajo la condición de que el participante menor de edad pueda auto administrarse el medicamento con la autorización por escrito de un padre/tutor legal.

Los medicamentos recetados deben de estar en su recipiente original etiquetado por el farmacéutico o recetador. Los medicamentos recetados deben ser guardados por el personal del campamento, a menos que los padres/tutores legales autoricen al participante menor de edad a llevar consigo un medicamento de uso de emergencia.

Nombre del menor de edad participante: \_\_\_\_\_

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

Instrucciones específicas (por ej. con el estómago vacío, con agua, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hora/frecuencia de administración: \_\_\_\_\_

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

Requisitos especiales de almacenamiento (si los hay): \_\_\_\_\_

¿Es capaz el participante de gestionar su propia atención sin ayuda? Sí  No  iniciales del padre/tutor \_\_\_\_\_

¿Está autorizado el participante a llevar consigo este medicamento en caso de emergencia? Sí  No  iniciales del padre/tutor \_\_\_\_

Nombre del recetador: \_\_\_\_\_ Doctor en medicina  Enfermera practicante

Médico asistente  Doctor Osteópata

Dirección del recetador: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Autorizo la automedicación del menor anteriormente mencionado para la medicación anteriormente indicada. También afirmo que el menor ha sido instruido en la correcta autoadministración de la medicación prescrita por el proveedor médico del menor. Estoy de acuerdo en liberar, descargar, indemnizar y eximir de toda responsabilidad, a todos los efectos, al patrocinador del campamento, a Texas State University, a The Texas State University System, a la Junta de Regentes, a los funcionarios, empleados o voluntarios de Texas State University contra toda reclamación que pueda surgir en relación con la autoadministración por parte del menor de la medicación recetada identificada en el presente documento.**

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_