

CHAPEL HILL PARKS AND RECREATION DEPARTMENT

FORMULARIO PERMISO DE MEDICAMENTOS

Yo _____ (nombre del pariente/tutor – por favor en letra de molde), leídole LA POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS DE DAR MEDICAMENTOS A LOS PARTICIPANTES, y, entendiendo los contenidos, doy mi aprobación al personal o los voluntarios de Chapel Hill Parks and Recreation para dar los medicamentos recetados y listados en esta FORMULARIO PERMISO DE MEDICAMENTOS, a mi hijo(a) _____, según las instrucciones listadas en la etiqueta de la medicina o las instrucciones escritas por el doctor de mi hijo(a).

Entiendo que si mi hijo(a) tiene una enfermedad o herida seria durante nuestro programa, contactaremos los servicios de 911 y atención medical apropiado le dará hasta que usted, el(los) pariente(s)/tutor(es) está(n) contactado(s). Por ley, un niño bajo la edad de 18, quien necesite atención medical fuera de lo que pueda hacer los servicios de emergencia, y cuyos parientes no puedan ser contactados para dirección de atención médica, será llevado por los servicios de emergencia al centro de emergencia más cercano. Todos los gastos financieros para transportación y atención de emergencia es la responsabilidad del pariente/tutor.

Entiendo las condiciones mencionados por arriba, y entiendo que el único responsabilidad o obligación por parte de Chapel Hill Parks and Recreation es seguir a las instrucciones dado por el doctor de mi hijo/a. Yo por la presente asumo todo el riesgo y los peligros que podrían ocurrir cuando mi hijo/a esté participando en este programa, incluso el transportación hasta y desde todas las actividades, y por el acto renuncio a, libero a, absuelvo a, indemnizo a y estoy de acuerdo a eximir de responsabilidad el Town of Chapel Hill, sus oficiales, sus agentes y su personal, el comisión de los parques, greenways y recreación, los monitores y directores, desde cualquier derecho que viene desde una herida al niño nombrado por arriba. Doy mi permiso a UNC Hospitals y/u otros centros medicales autorizados a proveer tratamiento como considerado necesario.

Firma Pariente/Tutor

Fecha

NOTA: Complete las páginas 2 y 3, incluyendo el nombre de su hijo/a y firmar con la fecha en la página 3.



CHAPEL HILL PARKS AND RECREATION DEPARTMENT

FORMULARIO PERMISO DE MEDICAMENTOS continuado Nombre de hijo/a: _____

Nombre del medicamento #3: _____

¿Por qué toma tu hijo/a este medicamento? _____

Dosis y horario durante las horas del programa: _____

Instrucciones especiales: _____

Efectos secundarios: _____

◆ Inyección de la epinefrina

Dé la inyección indicado por debajo inmediatamente después del reporte de la exposición a: _____

_____ EpiPen Dado en dosis medida de 0.3 mg epinefrina 1:1000 solución acuoso o 0.3 cc.)

_____ EpiPen Dado en dosis medida de 0.15 mg epinefrina 1:2000 solución acuoso o 0.3 cc.)

_____ Repita la dosis de epinefrina en 15 minutos si los servicios de emergencia todavía no han llegado.

◆ Medicinar a sí mismo con un inhalador para asma

Nombre de inhalador para el asma medicamento #1: _____

Instrucciones: _____

Nombre de inhalador para el asma medicamento #2: _____

Instrucciones: _____

◆ Autorización para el niño a llevar y administrar medicina para sí mismo

_____ El niño nombrado por arriba, quien es baja la edad de 18, está permitida administrar medicina a sí mismo en la presencia de un miembro del personal o un voluntario. El medicamento recetado lo guardara en una área cerrado lejos de los niños. Cada instancia de administración de medicina será anotada con la hora y fecha.

Firma Pariente/Tutor

Fecha

CHAPEL HILL PARKS AND RECREATION DEPARTMENT