

Autorización de administración de medicamentos

(Ronda Solar _____ / _____)

En las actividades del GS Pléyades 569 no se les permite a las personas menores de edad tomar medicamentos por su cuenta. Del mismo modo que por nuestra parte jamás administramos medicación alguna sin prescripción médica o autorización paterna/materna. Por esta razón solicitamos vuestro consentimiento:

Yo _____ con DNI/NIE _____, como madre/padre o tutor/a legal de _____ de la sección _____

SOLICITO Y AUTORIZO al equipo de monitores/as del GS Pléyades 569 para que administren la medicación siguiente:

*Marcar las medicinas que autoriza para ser administrados a su hijo/a **en caso de que fuera necesario.***

En caso de procesos febriles, dolor de cabeza, menstruación u otros

Medicamento	Dosis
Apiretal 100 ml/mg (paracetamol)	
Dalsy 40 ml/mg o Junifen 40 ml/mg (ibuprofeno)	
Paracetamol (comprimidos)	
Ibuprofeno (comprimidos)	

En caso de seguir algún tratamiento, la siguiente medicación pautaada por su médico:

Medicamento	Dosis

(Si hubiera algún otro medicamento, escribir por la parte de atrás de esta hoja o adjuntar informe si es necesario)

¿Hay otros medicamentos de venta libre o remedios de primeros auxilios a los que vuestro/a hijo/a sea alérgico/a o **NO** queréis que le sean administrados? En caso afirmativo, ¿cuáles?

ME HAGO RESPONSABLE en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento. Y para que conste, firmo la presente autorización.

En _____ a _____ de 20__

Firma

De acuerdo con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que todos los datos facilitados por usted, serán incorporados a los ficheros del GS Pléyades 569 para gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia. Como tutor/a legal, tiene derecho a ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten a la citada ley, mediante escrito a la siguiente dirección: (C/ Acuerdo 8) o mediante correo electrónico firmado a (pleyades569@gmail.com).