



## POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PERSONAS AUTORIZADAS DE LA DIOCESIS DE VICTORIA

Este formulario se refiere específicamente a los medicamentos "sin receta médica" y a los medicamentos con receta médica proporcionados por el tutor legal para los participantes en las actividades realizadas por la parroquia o la diócesis.

- A. Los medicamentos recetados por un proveedor de atención médica con licencia y dispensados por un farmacéutico registrado pueden ser administrados mientras dure la actividad parroquial/diocesana por una persona autorizada por la diócesis, sólo cuando este formulario de solicitud de medicamentos esté firmado.
- B. Los medicamentos "sin receta médica" proporcionados por los padres pueden ser administrados durante la actividad parroquial / diocesana por una persona autorizada por la parroquia / diócesis siempre y cuando este Formulario de Solicitud de Medicamentos esté completo y firmado.
- C. Se puede administrar un medicamento con receta médica durante el tiempo en que el proveedor de atención médica autorizado lo solicite según las instrucciones proporcionadas en la receta. No se administrará ningún medicamento después de su fecha de vencimiento.
- D. Todos los medicamentos con receta médica y "sin receta médica" **deben estar en el envase original y debidamente etiquetados.**
- E. El Formulario de Solicitud de Medicamentos debe estar firmado por el padre o tutor legal.

**Por favor complete este formulario solo si su hijo necesitará que se le administren medicamentos durante el evento. Los niños NO PUEDEN llevar consigo sus propios medicamentos, excepto por una inyección de epinefrina de dosis única (EpiPen), insulina y / o un inhalador.**

### FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Evento: \_\_\_\_\_ Rango de fechas del evento: \_\_\_\_\_  
Nombre del Niño (a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento:	Dosis:	Vía: (oral, inhalada, etc.)	Tiempo / frecuencia tomada:	Cantidad de medicamentos recolectados:	Cantidad de medicamentos devueltos:

¿Habrá alguna restricción para las actividades mientras esté tomando alguno de los medicamentos mencionados anteriormente? En caso afirmativo, indique las restricciones o instrucciones especiales:

\_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que éste medicamento sea administrado por un empleado o voluntario parroquial/diocesano/escolar de la Diócesis de Victoria. Además, libero a la Diócesis de Victoria y a su personal de cualquier responsabilidad resultante de cualquier efecto adverso que este medicamento pueda causar cuando se dispense en actividades parroquiales/diocesanas. Entiendo que, si no estoy de acuerdo con esta política, los medicamentos "sin receta médica" y los medicamentos recetados proporcionados por el tutor legal de los participantes no serán administrados en el evento mencionado.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre/madre o tutor legal: \_\_\_\_\_