



Debe acompañar con este formulario cualquier medicamento a ser administrado durante un evento

Nombre del 4-H miembro: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_

Actividad donde el medicamento será administrado:  
\_\_\_\_\_

**Por favor indique cualquier medicamento(s) que su hijo esté tomando durante cualquier evento. (Adjunte página adicional de ser necesario)**

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

Enfermedad o condición por la cual toma el medicamento: \_\_\_\_\_

Fecha(s) en que se administrará el medicamento: \_\_\_\_\_ Hora(s): \_\_\_\_\_

Describe la apariencia del medicamento: \_\_\_\_\_

Indique la dosis y provea instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

**Mi hijo o hija estará tomando los medicamentos arriba indicados o medicamentos sin receta que estoy proveyendo mientras esté participando en la actividad descrita anteriormente.**

Firma del Padre, Tutor o Encargado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**A ser completado por el líder que administre**

Fecha	Hora	Iniciales del Líder	Iniciales del 4-H miembro	Notas

**Georgia 4-H Formulario de Medicamentos – Página Adicional**



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

Enfermedad o condición por la cual toma el medicamento: \_\_\_\_\_

Fecha(s) en que se administrará el medicamento: \_\_\_\_\_ Hora(s): \_\_\_\_\_

Describe la apariencia del medicamento: \_\_\_\_\_

Indique la dosis y provea instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

**Mi hijo o hija estará tomando los medicamentos arriba indicados o medicamentos sin receta que estoy proveyendo mientras esté participando en la actividad descrita anteriormente.**

Firma del Padre, Tutor o Encargado: \_\_\_\_\_

**A ser completado por el líder que administre**

Fecha	Hora	Iniciales del Líder	Iniciales del 4-H miembro	Notas

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

Enfermedad o condición por la cual toma el medicamento: \_\_\_\_\_

Fecha(s) en que se administrará el medicamento: \_\_\_\_\_ Hora(s): \_\_\_\_\_

Describe la apariencia del medicamento: \_\_\_\_\_

Indique la dosis y provea instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

**Mi hijo o hija estará tomando los medicamentos arriba indicados o medicamentos sin receta que estoy proveyendo mientras esté participando en la actividad descrita anteriormente.**

Firma del Padre, Tutor o Encargado: \_\_\_\_\_

**A ser completado por el líder que administre**

Fecha	Hora	Iniciales del Líder	Iniciales del 4-H miembro	Notas