

# Autorización de Administración de Medicamentos

RONDA SOLAR

2021/2022

En las actividades del GS Estrella Polar 191 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 por indicación y con autorización paterna/materna.

Por esa razón os solicitamos vuestro consentimiento:

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_ como madre/padre/tutor/a legal de \_\_\_\_\_ de la sección \_\_\_\_\_, SOLICITO Y AUTORIZO al Equipo de Monitores/as del GS Estrella Polar 191 para que administren la medicación siguiente:

Marcar las medicinas que autoriza para ser administrados a su hijo/a en caso de que fuera necesario:	
MEDICAMENTO	DOSIS
<input type="checkbox"/> Apiretal 100ml/mg (paracetamol)	
<input type="checkbox"/> Paracetamol comprimidos	
<input type="checkbox"/> Dalsy 40ml/mg o Junifen 40 ml/mg (Ibuprofeno)	
<input type="checkbox"/> Ibuprofeno comprimidos	
En caso de seguir algún tratamiento, la siguiente medicación pautada por si médico:	
MEDICAMENTO	DOSIS
<i>(Si hubiera algún otro medicamento, escribir por la parte de atrás de esta hoja o adjuntar informe si es necesario)</i>	

¿Hay otros medicamentos de venta libre o remedios de primeros auxilios a los que tenga alergia o NO queréis que le sean administrados?	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
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.

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la autorización para administrar medicamentos.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma madre/padre o tutor/a

**RESPONSABLE:** Grupo Scout Estrella Polar 191 | **FINALIDAD PRINCIPAL:** 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 | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** Solo se cederán datos a personal sanitario, en caso de urgencia. **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: [\(Página web GS o donde el GS disponga\)](#).

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.