

Autorización para la administración de medicamentos

RONDA SOLAR

/

Autorización

En las actividades del Grupo Scout 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. Por esa razón os solicitamos vuestro consentimiento:

Yo, _____ con DNI/NIE _____ madre/padre/tutor/a legal
y _____ con DNI/NIE _____ madre/padre/tutor/a legal de
_____ de la sección _____, SOLICITAMOS Y
AUTORIZAMOS al Equipo de Monitores/as del Grupo Scout 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 pautaada por si 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 tenga alergia o NO queréis que le sean administrados?

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

En caso afirmativo, ¿cuáles? :

NOS HACEMOS RESPONSABLE en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento.

Y para que conste, firmamos la presente autorización.

En _____, a _____ de _____	Firma madre/padre o tutor/a 1
	Firma madre/padre o tutor/a 2

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: <https://www.estrellapolar191.com/>.

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