



YMCA OF METROPOLITAN CHICAGO

PERMISO PARA DISPENSAR MEDICAMENTOS

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (EN LETRA DE IMPRENTA)			
Nombre:	Nombre preferido:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal
Correo electrónico:	Fecha de nacimiento:	Centro/sitio de la YMCA:	

INFORMACIÓN MÉDICA	
Nombre del Médico:	Número de Teléfono de la Clínica o del Médico:

MEDICAMENTOS

Todos los medicamentos deben proporcionarse en el embalaje original y con la etiqueta de prescripción original. Para los medicamentos sin receta, se debe incluir una nota del médico con el nombre del medicamento, la dosis correcta y las instrucciones de dosificación.

MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN	¿CÓMO ADMINISTRAR?	HORA DEL DÍA	POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS
ADMINISTRADO Según sea necesario	Diariamente	¿NECESITA REFRIGERACIÓN?	Sí No	

MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN	¿CÓMO ADMINISTRAR?	HORA DEL DÍA	POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS
ADMINISTRADO Según sea necesario	Diariamente	¿NECESITA REFRIGERACIÓN?	Sí No	

MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN	¿CÓMO ADMINISTRAR?	HORA DEL DÍA	POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS
ADMINISTRADO Según sea necesario	Diariamente	¿NECESITA REFRIGERACIÓN?	Sí No	

Yo, _____ el padre/tutor de _____ doy permiso al personal de la YMCA of Metropolitan Chicago ("YMCA") para administrar medicamentos a mi hijo(a). Entiendo que es mi responsabilidad entregar el medicamento directamente al director del programa y en los envases originales de la receta.

En todos los casos no se excederá la dosis recomendada de ningún medicamento. Si después de administrar el medicamento hay una reacción adversa, doy permiso a la YMCA para obtener de cualquier médico autorizado del hospital y/o personal médico cualquier tratamiento que se considere necesario para atención inmediata. Acepto ser responsable del pago de todos y cada uno de los servicios médicos prestados. Reconozco y acepto que existen ciertos riesgos de lesiones físicas en relación con la administración de medicamentos a mi hijo menor. En consideración a que la YMCA administra medicamentos a mi hijo(a) menor, yo, en mi nombre, en el de mi hijo(a) y en el de cada uno de nuestros herederos, sucesores, cesionarios y representantes personales, por la presente libero y descargo por completo a la YMCA, sus directores, funcionarios, agentes, voluntarios y empleados, de todos y cada uno de los reclamos por lesiones, daños y pérdidas que yo o mi hijo(a) menor podamos tener, que surjan de, estén relacionados con, sean incidentales o de cualquier manera asociados con la administración de medicamentos.

Además, acepto indemnizar, eximir de responsabilidad y defender a la YMCA, sus directores, funcionarios, agentes, voluntarios y empleados de todos y cada uno de los reclamos que resulten de lesiones, daños y pérdidas sufridas por mí o mi hijo(a) menor y que surjan de, estén relacionados con, sean incidentales o de cualquier manera asociados con la administración de medicamentos. La YMCA no es responsable de ningún medicamento que quede después de finalizar el programa.

Firma del padre/la madre/el tutor	Fecha: ____/____/____
-----------------------------------	-----------------------