

Autorización para la administración de medicamentos

Yo (nombre del padre, madre o tutor) _____ Informo a G.D.S. Gestión de Servicios S.L, de la necesidad de administrar a mi hijo/a la siguiente medicación durante el transcurso del campamento _____, durante los días _____. Se adjunta el correspondiente informe médico.

Nombre completo del niño			Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
MEDICAMENTO					
Nombre del medicamento	Dosis	Hora de administración	Forma de administración	Periodo de administración del medicamento	
				Desde	Hasta
		AM PM			
		AM PM			
		AM PM			
		AM PM			

AUTORIZACIÓN

Por la presente, autorizo a que G.D.S. Gestión de Servicios S.L. administre los medicamentos arriba mencionados a mi hijo/a. y así mismo eximo a la empresa de cualquier tipo de responsabilidad que pudiera derivarse de la administración de estos medicamentos.

Fecha ____/ ____/ ____

(Firma Padre/ Madre/ Tutor):