



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