



Go Make Disciples

ARCHDIOCESE OF OKLAHOMA CITY

7501 Northwest Expressway, Oklahoma City, OK 73132

PO Box 32180, Oklahoma City, OK 73123

rev. 06.2024

Nombre y apellido del Participante: _____ M/F: ____ Fecha de nacimiento: _____

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE MEDICACIÓN PARA MENORES

La presente Forma de Consentimiento debe utilizarse junto con la FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPANTES MENORES EN EXCURSIONES, EVENTOS FUERA DE LAS INSTALACIONES Y PEREGRINACIONES y la FORMA DE PERMISO ANUAL Y AUTORIZACIÓN GENERAL PARA MENORES: FORMACIÓN RELIGIOSA Y ACTIVIDADES. Esta Forma de Consentimiento se puede utilizar cuando un menor de edad requiere tomar algún medicamento durante una excursión, evento fuera de las instalaciones, peregrinación, conferencia, prolongación de una actividad en las instalaciones o cualquier otro evento similar ("Evento") a cargo de una entidad arquidiocesana para menores que forma parte de la Arquidiócesis de Oklahoma City ("Arquidiócesis").

El padre de familia/tutor legal debe completar esta forma y entregarla en _____ ("Parroquia") antes del Evento planeado.

El padre de familia/tutor legal es responsable de reportar cualquier cambio en el cuidado médico del menor ("Participante") a la parroquia.

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

1. Permiso para medicamentos recetados: Yo, el que suscribe, como padre de familia / tutor legal del menor ("Participante"), solicito y autorizo al personal de la Actividad para que administre al Participante los medicamentos enumerados a continuación, según se indica:

Nombre del medicamento, dosis, frecuencia.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

NOTA: TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE DEBAN TOMARSE O ADMINISTRARSE DEBEN PROGRAMARSE CON TIEMPO Y ENTREGARSE EN SU ENVASE ORIGINAL DE LA FARMACIA, CON EL NOMBRE DEL PARTICIPANTE Y LAS INSTRUCCIONES DEL MÉDICO. (Si es necesario, puede adjuntar hojas adicionales)

2. Permiso para medicamento sin receta: Yo, el que suscribe, como padre de familia / tutor legal del menor ("Participante"), por la presente autorizo _____ no autorizo _____ el permiso para que le administren al Participante medicamentos sin receta (tales como productos sin aspirina, acetaminofén o ibuprofeno, pastillas para la garganta, etc.), si se considera conveniente.

Nombre del padre de familia / tutor legal

Firma del padre de familia / tutor legal

Fecha de la firma ("Fecha efectiva")

Número de teléfono del padre de familia / tutor legal

Política de archivo de documentos: Las entidades arquidiocesanas están obligadas a guardar y conservar este documento por un período de dos (2) años a partir de la fecha efectiva. Una copia digital de este documento es suficiente para los efectos de esta política de archivo. Este documento, impreso o digital, puede ser entregado a la cancillería para su archivo a discreción de la entidad arquidiocesana.