

AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Formulario oficial para padres/tutores de adolescentes menores de 18 años



DEPARTAMENTO JUVENIL NACIONAL USA

IGLESIA DE DIOS (ISRAELITA)

**Información del Participante**

Nombre completo del participante: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Número de teléfono del padre, madre o tutor: _____

Información Médica

¿Su hijo(a) tiene alguna alergia?
(Por favor especifique)

¿Su hijo(a) tiene algún problema médico o
condición que debamos conocer?

Medicamentos Autorizados

Marque los medicamentos que autoriza

<input checked="" type="checkbox"/> Selección	Medicamento	Uso común
<input type="checkbox"/>	Acetaminofén (Tylenol)	Dolor o fiebre
<input type="checkbox"/>	Aspirina (Aspirin)	Dolor, fiebre, inflamación
<input type="checkbox"/>	Difenhidramina (Benadryl)	Alergias
<input type="checkbox"/>	Cremas antibióticas (Antibiotic Ointments)	Cortaduras y raspaduras menores
<input type="checkbox"/>	Crema de hidrocortisona (Hydrocortisone Cream)	Picaduras, sarpullido
<input type="checkbox"/>	Cremas para quemaduras (Burn Creams)	Quemaduras menores
<input type="checkbox"/>	Pastillas para la garganta (Cough Drops)	Dolor o irritación de garganta
<input type="checkbox"/>	Pepto-Bismol	Diarrea, malestar estomacal
<input type="checkbox"/>	Robitussin	Tos
<input type="checkbox"/>	Antiácidos (como TUMS)	Acidez estomacal o indigestión
<input type="checkbox"/>	Ibuprofeno (Advil)	Dolor, inflamación, fiebre
<input type="checkbox"/>	Ninguno	No autorizo ningún medicamento

Consentimiento

Autorizo al personal autorizado del evento juvenil CJN 2025: Unbreakable a administrar los medicamentos seleccionados si es necesario. Entiendo que estos son de venta libre y se usarán según las instrucciones del empaque o indicaciones médicas. Confirmando que la información médica proporcionada es precisa. Este consentimiento es válido solo durante el evento.

Firma de padre, madre o tutor: _____

Fecha: _____