

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Greater Joliet Area YMCA



Nombre del niño: _____ Edad: _____

Nombre del médico: _____

Autorizo al personal del programa de la Greater Joliet Area YMCA a administrar el siguiente medicamento recetado durante un periodo de _____.

Medicamento	Dosificación	Tiempo por asignar
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Posibles efectos secundarios _____

Con respecto a los medicamentos recetados de forma habitual, entiendo que:

- El personal de la YMCA solo puede administrar medicamentos que cuenten con una etiqueta de prescripción (puede solicitar a cualquier farmacéutico que coloque una etiqueta de farmacia en los medicamentos de venta libre). Todo medicamento que se administre a un niño en las instalaciones del programa debe encontrarse en su envase original y llevar el nombre del niño.
- Tenga en cuenta que el personal de la YMCA NO está autorizado para administrar la primera dosis de ningún medicamento. El personal de la YMCA no tiene permitido administrar medicamentos para controlar o reducir la fiebre. Si su hijo se niega a tomar el medicamento, nos pondremos en contacto con usted para recibir instrucciones adicionales.
- El personal de la YMCA solo puede administrar los medicamentos indicados en este formulario.

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha _____

Firma del Director del Sitio _____ Fecha _____

TO BE COMPLETED BY YMCA STAFF (PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA YMCA)

	MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY
Date					
Time					
Medication					
Dose					
Initials					
<hr/>					
Date					
Time					
Medication					
Dose					
Initials					
<hr/>					
Date					
Time					
Medication					
Dose					
Initials					

GREATER JOLIET AREA YMCA

1801 W. Jefferson Street | Shorewood, Illinois 60404
(815) SAY-YMCA | www.jolietymca.org



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS: PERNOCTA

Autorización para tratamiento médico de emergencia

Yo, el abajo firmante, padre/tutor del menor arriba nombrado, autorizo al personal designado de la YMCA a buscar y obtener tratamiento médico de emergencia para mi hijo en caso de que no pueda ser localizado de manera oportuna.

Esta autorización incluye el transporte por parte de servicios médicos de emergencia (EMS) o entrenadores, así como el tratamiento por parte de profesionales médicos con licencia, según se considere necesario.

Entiendo que se hará todo esfuerzo razonable para contactarme antes de cualquier tratamiento.

Iniciales del padre/tutor: _____

Autorización para la primera dosis de un medicamento recetado (solo en casos de emergencia)

Autorizo al personal capacitado y designado de la YMCA a administrar una primera dosis del medicamento recetado a mi hijo en una situación de emergencia, únicamente cuando:

- El medicamento ha sido recetado a mi hijo y se proporciona en su envase original debidamente etiquetado.
- Su administración es necesaria para prevenir daños significativos o el agravamiento de la afección.
- Un retraso en su administración representaría un riesgo para la salud de mi hijo.
- El personal sigue los protocolos de la YMCA para la administración y documentación de medicamentos.

Entiendo que:

- Esta autorización se limita a situaciones de emergencia durante los programas con pernocta.
- El personal de la YMCA no actúa en calidad de profesionales médicos.
- Todas las administraciones serán documentadas y se me notificarán a la mayor brevedad posible.

Iniciales del padre/tutor: _____

Reconocimiento y consentimiento

Reconozco haber proporcionado información médica y sobre medicamentos precisa con respecto a mi hijo. Comprendo las políticas que rigen la administración de medicamentos y la atención de emergencia dentro de los programas de la YMCA, y doy mi consentimiento a las autorizaciones antes mencionadas.

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Insurance Information

Proveedor de seguro principal: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Relación con el participante: _____

Teléfono de la compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____

Número de grupo: _____

Médico de atención primaria: _____

Teléfono del médico: _____

Autorización para facturar al seguro

Autorizo a los proveedores médicos a divulgar la información necesaria para tramitar las reclamaciones de seguro y a facturar a mi compañía de seguros, indicada anteriormente, por los servicios prestados.

Iniciales del padre/tutor: _____