Nombre _____

Condado _____

F600M: **Formulario de Consentimiento Parental para la Autoadministración de medicamentos con y sin receta en eventos de 4-H de Tennessee (coloque este permiso en una bolsa plástica transparente con cierre junto con la medicina)**

Antes de completar este formulario, favor de leer el formulario F600 y de considerar la necesidad de que su hijo/a traiga este medicamento al evento de 4-H.

Yo, _____ padre, madre o tutor de _____
(su nombre) (su hijo/a)

verifico que mi hijo/a es competente y sabe cómo autoadministrarse este medicamento:

Medicamento _____ Fecha de caducidad _____

Médico recetante _____ Teléfono del médico _____

Dosificación (por instrucción del médico)

Cuándo se le da:

☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Cena ☐ Antes de dormir ☐ Otro tiempo:_____

Cantidad o dosis:_____

Cómo se le da:_____

Otras instrucciones:_____

Por qué toma el medicamento

_____

Efectos secundarios posibles (de ser conocidos)

_____

_____ _____
Firma del padre, madre o tutor Fecha

No.(s) de teléfono: Casa _____ Celular _____

Trabajo _____

***Este formulario está disponible en línea.**