

Formulario de Medicamentos de Venta Libre (OTC)

La persona encargada de brindar Primeros Auxilios debería personalizar el Kit de Primeros Auxilios de su tropa para que se adapte a las necesidades del grupo.

Nombre de la niña: _____ EDAD _____ PESO _____

ALERGIAS de la niña: _____ TROPA# _____

Por favor, ayúdenos a mantener la seguridad de las niñas informándonos qué medicamentos usted quiere que **no se administren** a su hija, e incluya los medicamentos no mencionados que deberíamos evitar.

*Todos los medicamentos deben estar en su contenedor original con una etiqueta legible y su fecha de vencimiento visible.

MEDICAMENTOS QUE NO se deben usar (si no están listados en la siguiente tabla):				
Medicamento	Dosis de acuerdo con la etiqueta de MRSD*	Uso	¿Se puede usar?	
Paracetamol, Tylenol Reg. & Extra Strength	Reg. 250 mg ES 500 mg	molestias leves, dolor, calambres, fiebre	SÍ	NO
Antiácido, Pepto-Bismol, Tums	De acuerdo con la etiqueta	indigestión, gases	SÍ	NO
Dramamine/Bromo	De acuerdo con la etiqueta	mareos causados por el movimiento	SÍ	NO
Geles o comprimidos de glucosa	De acuerdo con la etiqueta	bajo nivel de azúcar en sangre	SÍ	NO
Ibuprofeno, Advil, Motrin (sin contenido de aspirina)	1 o 2 comprimidos, 200 mg	molestias leves, dolor, fiebre	SÍ	NO
Naproxeno, Midol, Pamprin, Aleve	1 o 2 comprimidos, varios	molestias leves, dolor, fiebre	SÍ	NO
Pastillas para aliviar la garganta/ pastillas para aliviar la tos	De acuerdo con la etiqueta	dolor de garganta	SÍ	NO
Antihistamínico, Benadryl tópico & oral, loción Caladryl/Calamine, paños para aliviar picaduras/mordeduras, Hidrocortisona	De acuerdo con la etiqueta	picaduras, mordeduras, resfriados, alergias, alivio de la comezón	SÍ	NO
Gel contra quemaduras		alivio de las quemaduras	SÍ	NO
Loción ocular, solución para lentes de contacto		irritación de la vista	SÍ	NO
Desinfectante de manos		desinfección de manos	SÍ	NO
Vaselina		piel seca, nariz seca	SÍ	NO
Espuma Neosporin, antiséptico para limpiar heridas, paños BZK, peróxido de hidrógeno	Una pequeña porción sobre el área afectada	limpieza/ tratamiento de heridas	SÍ	NO
Repelente de insectos	SIN DEET	repelente de insectos	SÍ	NO
Protector solar, gel de Aloe Vera	De acuerdo con la etiqueta, se puede llevar según la edad de la niña	protección solar, quemaduras producidas por el sol	SÍ	NO
Triple antibiótico/ Polysporin/Neosporin		cuidado de heridas	SÍ	NO
Otros:				

* MRSD - *Manufacturer's Recommended Starting Dosage* (Dosis inicial recomendada por el fabricante)

Doy permiso para que mi hija (el nombre se detalla más arriba) reciba los productos listados según sea necesario. Entiendo que no se espera que nuestra tropa lleve todos los siguientes elementos en su Kit de Primeros Auxilios _____ (Iniciales). Según entiendo, sinceramente, ella no es alérgica a ninguno de

los elementos que se han autorizado para utilizar en su caso. Salvo que se indique lo contrario, los medicamentos se administrarán según se recomienda en la etiqueta contenida en su caja.

Cuando realice un viaje de noche con el grupo, su hija puede llevar sus propios medicamentos de venta libre (OTC) de casa. Usted deberá brindar un permiso escrito a la persona encargada de brindar Primeros Auxilios para cualquier medicamento que envíe con su hija.

Firma del padre/madre/tutor _____ **Fecha** _____

Aclaración del nombre: _____

Número para comunicarse con el padre/madre/tutor: _____