Georgia 4-H Formulario de Medicamentos

4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

Por favor indique cualquier medicamento(s) que su hijo esté tomando durante cualquier evento. (Adjunte página adicional de ser necesario)

‘ • „ ” ‡ † ‡ Ž • ‡ † ‹ … ƒ • ‡ • – ‘ ã 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

• ˆ ‡ ” • ‡ † ƒ † ‘ … ‘ • † ‹ … ‹ × ƒ • Ž ’ ‘ ” ‘ Ž ƒ ƒ ‡ Ž • ‡ † ‹ … ƒ • ‡ • – ‘ ã 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

‡ … Š ƒ • ‡ • “ — ‡ ” ƒ ” ƒ † ‡ ‹ Ž ‹ • ‡ † ‹ … ƒ • ‡ • – ‘ ã 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 ‘ ” ƒ • ã 4 4

‡ • … @3@7! Ð 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 @ 0 4 @ ˜ 0 @ ‹ 4 ƒ ˜ P 0 4 4 ” „ 4 ð p ” ƒ ” 4 4 0 @3@3@3@

• † ‹ “ — ‡ Ž ƒ † ‘ • ‹ • • – ” ” ‘ ˜ ‡ ƒ … ‹ • ‡ • ‡ • ’ ‡ … ‹

Mi hijo o hija estará tomando los medicamentos arriba in[...]
proveyendo mientras esté participando en la actividad de[...]

Firma del Padre, Tutor o Encargado: ____________________

Fecha: ____________________

A ser completado por el líder que administre

Fecha	Hora	Initiales del Líder	Iniciales del 4-H miembro	Notas

Georgia 4-H Formulario de Medicamentos – Página Adicional

‘ • „ ” ‡ † ‡ Ž • ‡ † ‹ … ƒ • ‡ • – ‘ ã 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

• ˆ ‡ ” • ‡ † ƒ † ‘ … ‘ • † ‹ … ‹ × ƒ • Ž ’ ‘ – ” ‘ Ž ƒ ƒ ‡ . Ž • ‡ † ‹ … ƒ • ‡ • – ‘ ã 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

‡ … Š ƒ • ‡ • “ — ‡ – • ” ‡ ƒ ” ƒ ž † ‡ ‹ Ž • ‹ • ‡ † ‹ … ƒ • ‡ • – ‘ ã 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 ‘ ” ƒ • ã 4 4

‡ • … ” ‹ „ ƒ Ž ƒ ƒ ’ ƒ ” ‹ ‡ • … ‹ ƒ † ‡ Ž • ‡ † ‹ … ƒ • ‡ • – ‘ ã 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

• † ‹ “ — ‡ Ž ƒ † ‘ • ‹ • • – ” ” ‘ ˜ ‡ ƒ … ‹ • • ‡ • ‡ • ’ ‡ … ‹ ƒ Ž ‡ • ã 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

Mi hijo o hija estará tomando los medicamentos arriba indicados o medicamentos sin receta que estoy proveyendo mientras esté participando en la actividad descrita anteriormente.

Firma del Padre, Tutor o Encargado:______________________ 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

A ser completado por el líder que administre

Fecha	Hora	Iniciales del Líder	Iniciales del 4-H miembro	Notas

‘ • „ ” ‡ † ‡ Ž • ‡ † ‹ … ƒ • ‡ • – ‘ ã 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

• ˆ ‡ ” • ‡ † ƒ † ‘ … ‘ • † ‹ … ‹ × ƒ • Ž ’ ‘ – ” ‘ Ž ƒ ƒ ‡ . Ž • ‡ † ‹ … ƒ • ‡ • – ‘ ã 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

‡ … Š ƒ • ‡ • “ — ‡ – • ” ‡ ƒ ” ƒ ž † ‡ ‹ Ž • ‹ • ‡ † ‹ … ƒ • ‡ • – ‘ ã 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 ‘ ” ƒ • ã 4 4

‡ • … ” ‹ „ ƒ Ž ƒ ƒ ’ ƒ ” ‹ ‡ • … ‹ ƒ † ‡ Ž • ‡ † ‹ … ƒ • ‡ • – ‘ ã 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

• † ‹ “ — ‡ Ž ƒ † ‘ • ‹ • • – ” ” ‘ ˜ ‡ ƒ … ‹ • • ‡ • ‡ • ’ ‡ … ‹ ƒ Ž ‡ • ã 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

Mi hijo o hija estará tomando los medicamentos arriba indicados o medicamentos sin receta que estoy proveyendo mientras esté participando en la actividad descrita anteriormente.

Firma del Padre, Tutor o Encargado:______________________ 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

A ser completado por el líder que administre

Fecha	Hora	Iniciales del Líder	Iniciales del 4-H miembro	Notas