

## TRATAMIENTOS MÉDICOS A CONTINUAR DURANTE EL CAMPAMENTO

<b>NOMBRE DEL NIÑO</b>		Edad:	Peso:	
Nombre padres/tutores				
Teléfono padres/tutores	Correo electrónico padres/tutores:			
<b>DIAGNÓSTICOS</b> →				
Operaciones Quirúrgicas				
<b>Alergias a medicamentos</b>				
Alergias alimentarias				
Intolerancias alimentarias				
<b>MEDICAMENTOS A ADMINISTRAR DURANTE EL CAMPAMENTO:</b>				
<b>NOMBRE Medicación</b>	<i>Desayuno (9h.)</i>	<i>Comida (14h.)</i>	<i>Cena (20h.)</i>	<i>Al acostarse (23h.)</i>
<b>DOSIS</b>				
<b>NOMBRE Medicación</b>	<i>Desayuno (9h.)</i>	<i>Comida (14h.)</i>	<i>Cena (20h.)</i>	<i>Al acostarse (23h.)</i>
<b>NOMBRE Medicación</b>	<i>Desayuno (9h.)</i>	<i>Comida (14h.)</i>	<i>Cena (20h.)</i>	<i>Al acostarse (23h.)</i>
<b>DOSIS</b>				

Rogamos pongan en una **BOLSA/CAJA INDIVIDUAL** debidamente **IDENTIFICADA** los medicamentos a administrarle y en una **CANTIDAD** sea sobrada, para un par de días más. Cada frasco o caja de medicación interesa que esté también identificado correctamente.