



BOYS & GIRLS CLUB
OF ALBANY

Autorización para la Administración de Medicamentos por personal del Boys & Girls Club

Nombre del Miembro: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Estoy dando el permiso al personal de Boys & Girls Club para administrar medicamentos de mi hijo por la siguiente:

¿Nombre de medicación? _____	¿Es una prescripción? SI__ NO__
¿Dosis? _____	Numero de Prescripción _____
¿Frecuencia? _____	¿Puede tomar el niño su medicación sin ayuda? SI__ No__
¿Cuando sea necesario? SI__ NO__	¿Administración Mandatorio? SI__ NO__
Por: Boca Oreja Ojos Nariz Piel	
Tiempo: _____	
Duración: Día empezado _____ Ultimo día _____	
Razón por medicación:	
Instrucciones especiales:	

Yo entiendo que soy responsable de proporcionar este medicamento y mantener el suministro si según sea necesario. Yo entiendo que soy responsable de notificar al Club por escrito de cualquier cambio. Los padres están obligados a recoger toda la medicación no utilizada por el último día del club. Todos los medicamentos que falten en el club serán descartados.

Firma de padre o guardián: _____ Fecha: _____

(Esta autorización sólo se aplica a los medicamentos mencionados y por la duración del tratamiento o año escolar.)

Los medicamentos deben estar en su envase original con la etiqueta adjunta recetas.