



City of Hillsboro Parks and Recreation
Forma De Autorizacion E Historial De Medicamentos

Estudiante: Fecha de nacimiento: Programa Sitio: Grado:

FAVOR DE RELLENAR ESTA FORMA PARA TODA CLASE DE MEDICAMENTO

Nombre del medicamento Numero de receta medica*
Mg por tableta o cucharada Dosis
Nombre del doctor o Pediatra Telefono del doctor
Dosis Horas entre cada dosis Cantidad en el envase
¿Se suministra en casa durante el dia? ¿Cuando?
Horario de suministración en la programa Fecha de caducidad
¿Razón por la cual se suministra medicamento en la programa?
Instrucciones especiales Fecha de vencimiento

*Medicamentos adquiridos sin receta medica

Por la presente, yo afirmo y autorizo al personal la Ciudad de Hillsboro Parques y Recreación de suministrar medicamento conforme a las intrucciones. Entiendo que el personal del la Ciudad de Hillsboro no sera responsable de la dosis de medicamento conforme con las instrucciones ya mencionadas. Autorizo a la la Ciudad de Hillsboro Parques y Recreación de poder dar esta información al personal apropiado. También autorizo de poder dar, e intercambiar información con el doctor sobre este medicamento.

Fecha: Firma del padre:

Telefono en casa: Telefono del trabajo:

CABIO EN LAS INSTRUCCIONES RESPECTO A ESTA MEDICINA:

Fecha: Cambio de instrucción: Firma del padre de familia:

Fecha: Cambio de instrucción: Firma del padre de familia:

Fecha: Cambio de instrucción: Firma del padre de familia:

Fecha: Cambio de instrucción: Firma del padre de familia:

Staff signature(s):

Three horizontal lines for staff signature(s)