



City of Hillsboro Parks and Recreation Medication Authorization Form

Student: _____ Birthdate: _____ Program Location: _____ Grade: _____

PLEASE FILL OUT FOR ALL MEDICATIONS

Name of medication _____ Prescription number (unless OTC*) _____

Mg per tablet or teaspoon _____ Dosage to be given _____

Physician's name _____ Physician's phone number _____

Hours between doses _____ Amount in container _____

Given at home in the morning? _____ When _____

Time(s) to be given at program _____ Discontinue date _____

Reason for medication to be given at program _____

Special instructions _____ Expiration Date _____

*Over the counter medication

I hereby request and authorize program staff to give this medication in accordance with the instructions provided. I understand that the City of Hillsboro Parks and Recreation staff will not be held liable for dosage of my child with medication in accordance with the above instructions. I authorize the City of Hillsboro Parks and Recreation to release this information to appropriate staff members. **I also authorize the release and exchange of information with the physician regarding this medication.**

Date: _____ Parent Signature: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

CHANGE IN DIRECTIONS REGARDING THIS MEDICATION:

Date: _____ Direction Change: _____ Parent Signature: _____

Date: _____ Direction Change: _____ Parent Signature: _____

Date: _____ Direction Change: _____ Parent Signature: _____

Date: _____ Direction Change: _____ Parent Signature: _____

Staff signature(s):



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 _____ Número de receta médica* _____

Mg por tableta o cucharada _____ Dosis _____

Nombre del doctor o Pediatra _____ Teléfono del doctor _____

Dosis _____ Horas entre cada dosis _____ Cantidad en el envase _____

¿Se suministra en casa durante el día? _____ ¿Cuándo? _____

Horario de administración 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 médica

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: _____ Fima del padre: _____

Teléfono en casa: _____ Teléfono 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):
