



# REQUEST & AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION

The **Boys & Girls Clubs of Sonoma Valley (BGCSV)** is not legally obligated to administer medication to any child. BGCSV can administer medication to children for whom a plan has been made and approved by the Director of Child & Club Safety. Because medication poses an extra burden on staff and having medication in the facility is a safety hazard, please check with your child's health care provider to see if a dose schedule can be arranged that does not involve the hours the child is in care of BGCSV. Parents/guardians may come to administer medication to their own child during the day.

PARENT'S / GUARDIAN'S INSTRUCTIONS	
1.	All prescription medication shall be maintained with the child's name, shall be dated, and stored in the administrative office. Children are not allowed to keep and self-administer medication without supervision.
2.	Medications must be stored in the original bottle with unaltered label. Medications requiring refrigeration must be properly stored in a cooler provided by parents / guardians.
3.	Prescription and nonprescription medication shall be administered in accordance with the physician order below.
4.	Written consent must be provided from the parent, permitting BGCSV personnel to administer medications to the child. Instructions shall not conflict with the prescription label or product label directions.
5.	If any of this information changes a new form will be required.

LOCATION			
<input type="checkbox"/>	Boys & Girls Clubs at Maxwell Clubhouse	<input type="checkbox"/>	Boys & Girls Clubs at Altimira
<input type="checkbox"/>	Boys & Girls Clubs at El Verano	<input type="checkbox"/>	Boys & Girls Clubs at Flowery
<input type="checkbox"/>	Boys & Girls Clubs at Sonoma Charter	<input type="checkbox"/>	Teen Services
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Boys & Girls Clubs at Dunbar
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Boys & Girls Clubs at Sassarini

<b>MEMBER / PATIENT NAME:</b>	<b>Birthdate:</b>
-------------------------------	-------------------

### PHYSICIAN ORDER

Diagnosis or Reason for Medication:

MEDICATION	DOSE	ROUTE	Time(s)

Possible reactions or other serious considerations regarding medication(s):

ORDER IS GOOD FOR ENTIRE MEMBERSHIP YEAR (JUNE 1-MAY 31) *unless other wises noted here:*

FOR ASTHMA INHALERS & EPI PENS ONLY: check all that apply

Child may carry	<input type="checkbox"/>	<b>INHALER</b>	<input type="checkbox"/>	<b>EpiPen</b>	<input type="checkbox"/>	<b>and self-administer</b>	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
-----------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	----

**PHYSICIAN SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**PHYSICAN NAME** (please print) \_\_\_\_\_ **PHONE:** \_\_\_\_\_

I request that my child, \_\_\_\_\_ be assisted in taking the above medication(s) at the **Boys & Girls Clubs of Sonoma Valley (BGCSV)** site marked above and as prescribed. I authorize the **BGCSV** personnel to administer the medication. I agree to, and do hereby hold the **BGCSV** and its employees harmless from any and all claims, demands, causes of action, liability of loss of any sort because of, or arising out of, the acts or omissions of the **BGCSV** or its employees with respect to this medication. I understand that **BGCSV** must receive the medication in a container with a pharmacy label that indicates the child's name, medication, dosage, route, time to administer, and the prescribing doctor's name (or, if an over-the-counter medication was ordered, the medication must be in the original container/packaging).

Parent / Guardian Name (please print)	Phone:
---------------------------------------	--------

Parent / Guardian Signature	Date
-----------------------------	------

In case of emergency, contact:	Phone:
--------------------------------	--------



**BOYS & GIRLS CLUBS**  
OF SONOMA VALLEY

## SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

El **Boys & Girls Clubs del Valle de Sonoma (BGCSV)** no está legalmente obligados a administrar medicamentos a ningún niño/a. BGCSV puede administrar medicamentos a niño/as para quienes se ha elaborado un plan y ha sido aprobado por el Director de Seguridad Infantil y del Club. Debido a que los medicamentos representan una carga adicional para el personal y tener medicamentos en el centro es un peligro para la seguridad, consulte con el proveedor de atención médica de su hijo/a para ver si se puede organizar un programa de dosis que no involucre las horas que el niño/a está bajo el cuidado de BGCSV. Los padres/guardianes pueden venir a administrar medicamentos a su propio hijo/a durante el día.

### PADRES / GUARDIANES INSTRUCCIONES

1. Todos los medicamentos recetados se mantendrán con el nombre del niño/a, se fecharán y se almacenarán en la oficina administrativa. A los niño/as no se les permite mantener y autoadministrarse medicamentos sin supervisión.
2. Los medicamentos deben almacenarse en el frasco original con la etiqueta inalterada. Los medicamentos que requieren refrigeración deben almacenarse adecuadamente en un refrigerador proporcionado por los padres / guardianes.
3. Los medicamentos recetados y sin receta se administrarán de acuerdo con la orden del médico a continuación.
4. Se debe proporcionar el consentimiento por escrito de los padres, lo que permite al personal de BGCSV administrar medicamentos al niño/a. Las instrucciones no deben entrar en conflicto con la etiqueta de la receta o las instrucciones de la etiqueta del producto.
5. Si alguna de esta información cambia, se requerirá un nuevo formulario..

### LOCACIÓN

Boys & Girls Clubs en Maxwell Clubhouse	Boys & Girls Clubs en Altimira	Boys & Girls Clubs en Dunbar
Boys & Girls Clubs en El Verano	Boys & Girls Clubs en Flowery	Boys & Girls Clubs en Sassariini
Boys & Girls Clubs en Sonoma Charter	Teen Services	

**NOMBRE DE MIEMBRO / PACIENTE:**

**Fecha de Nacimiento:**

### ORDEN DEL MÉDICO

Diagnóstico o Razón de la Medicación:

MEDICACIÓN	DOSIS	RUTA	Tiempo(s)

**Posibles reacciones u otras consideraciones serias con respecto a los medicamentos:**

**EL PEDIDO ES VÁLIDO PARA TODO EL AÑO DE MEMBRESÍA (DEL 1 DE JUNIO AL 31 DE MAYO)**

*A MENOS QUE SE INDIQUEN OTROS VALORES AQUÍ:*

**SOLO PARA INHALADORES DE ASMA Y PLUMAS EPI** : verifique todos los que se aplican

Niño/a puede cargar:	<input type="checkbox"/> <b>INHALADOR</b>	<input type="checkbox"/> <b>EpiPen</b>	<input type="checkbox"/> <b>Y autoadministrarse</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
----------------------	---	--	---	-----------------------------	-----------------------------

**FIRMA DEL MÉDICO:**

**FECHA:**

**NOMBRE FÍSICO** (por favor escrito):

**TELÉFONO:**

Solicito que mi hijo/a, \_\_\_\_\_ reciba ayuda para tomar los medicamentos anteriores en el sitio de **Boys & Girls Clubs del Valle de Sonoma (BGCSV)** marcado anteriormente y según lo prescrito. Autorizo al personal de **BGCSV** a administrar el medicamento. Acepto, y por la presente eximo a **BGCSV** y a sus empleados de cualquier reclamo, demanda, causa de acción, responsabilidad por pérdida de cualquier tipo debido a, o que surja de, los actos u omisiones de BGCSV o sus empleados. con respecto a este medicamento. Entiendo que **BGCSV** debe recibir el medicamento en un recipiente con una etiqueta de farmacia que indique el nombre del niño/a, el medicamento, la dosis, la vía, el horario de administración y el nombre del médico que lo recetó (o, si se recetó un medicamento de venta libre, el medicamento debe estar en el envase/embalaje original).

Nombre de Padre / Guardian (por favor escrito)	Teléfono:
Padre / Guardian Firma:	Fecha:
En caso de Emergencia, contacto:	Teléfono: