



Medication Administration Authorization Form

This form must be completed fully in order for youth camp operators and/or recreation staff members to administer medication and/or for the campers/program participants to self administer medication during camp/program hours. A new medication administration form must be completed at the beginning of each camp/program year, for each medication, and each time there is a change in dosage or time of administration of a medication.

All medication should be taken by the child at home under parent/guardian supervision whenever possible. If a camper/program participant requires medication during a camp/program with the City of Gaithersburg Parks, Recreation, and Culture Program, the criteria listed below must be completed in full.

- Prescription medication must be in a container labeled by the pharmacist or prescriber.
- Nonprescription medications, including vitamins, homeopathic, and herbal medicines, must be in the original container with the instructions for use.
- An authorized individual must bring the medication to camp and give the medication to a Team Leader.
- The form must be completed and signed by the prescribing physician.
- The parent/guardian must sign the form.

If you have any questions please call, Parks, Recreation, and Culture at 301-258-6350.

RECREATION PROGRAM NAME:

PRESCRIBERS AUTHORIZATION

CHILD'S NAME:		DATE OF BIRTH	AGE
REASON FOR WHICH MEDICATION IS BEING ADMINISTERED:			EMERGENCY MEDICATION [] YES [] NO
MEDICATION NAME	DOSE	ROUTE	
DATES OF DISTRIBUTION (NOT TO EXCEED 1 YEAR)		TIME/FREQUENCY OF ADMINISTRATION:	
IF PRN, FREQUENCY		IF PRN, FOR WHAT SYMPTOMS	
KNOWN SIDE EFFECTS SPECIFIC TO CHILD			
PRESCRIBERS NAME/TITLE		This space may be used for the Prescriber's Address Stamp	
TELEPHONE	FAX		
ADDRESS			
CITY	STATE ZIPCODE		
PRESCRIBERS SIGNATURE (Parent cannot sign here) <small>ORIGINAL SIGNATURE OR SIGNATURE STAMP ONLY</small>			DATE

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION

I request the authorized youth camp operator, staff member or volunteer to administer the medication or supervise the camper in self-administration as prescribed by the above authorized prescriber. I certify that I have legal authority to consent to medical treatment for the child named above, including the administration of medication at the facility. I understand that at the end of the authorized period, an authorized individual, which may include the child, must pick up the medication, otherwise it will be discarded. I authorize camp personnel and the authorized prescriber indicated on this form to communicate in compliance with HIPAA.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE		DATE	HOME PHONE #
INDIVIDUAL(S) AUTHORIZED TO PICK UP MEDICATION	TELEPHONE #	WORK PHONE #	

AUTHORIZATION FOR SELF ADMINISTRATION AND SELF CARRY

This section should only be completed if this medication is approved for self-administration. Self-carry is only permitted for emergency medications such as inhalers and epinephrine. Both the prescriber and the parent/guardian must consent to self-administration below. However, youth camp operators are not required to permit self-administration or self-carry. I authorize self-administration of the above listed medication for the child named above under the supervision of the youth camp operator, a designated staff member or volunteer. If indicated below, the child named above may self-carry emergency medication.

PRESCRIBERS SIGNATURE	SELF CARRY EMERGENCY MEDICATION (Check One) [] YES [] NO [] Not emergency medication	DATE
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE	SELF CARRY EMERGENCY MEDICATION (Check One) [] YES [] NO [] Not emergency medication	DATE



Formulario de Autorización de Administración de Medicamentos

Este formulario debe ser completado en totalidad para que operadores y/o miembros del personal de los programas recreativos puedan administrar medicamentos y/o para que los campistas/participantes del programa puedan llevar a sí mismo medicación durante horas del campamento/programa. Una nueva forma de administración de medicamentos debe ser completado al principio de cada año de campamento/programa, para cada medicamento, y cada vez que hay un cambio en dosis o tiempo de la administración de un medicamento.

Todo medicamento debe ser tomado por el niño en casa bajo la supervisión de padres/guardianes cuando sea posible. Si un campista/participante de programa requiere medicación durante un campamento/programa con el Departamento de Parques, Recreación, y Cultura de la Ciudad de Gaithersburg, los criterios listados a continuación deben ser completado en su totalidad.

- Los medicamentos recetados deben estar en un envase etiquetado por el farmacéutico o el médico.
- Medicamentos sin receta, incluyendo vitaminas, homeopáticos y medicamentos a base de plantas, deben estar en su envase original con las instrucciones de uso.
- Un individuo autorizado debe traer el medicamento al campamento y dar la medicación a un Líder de Equipo.
- El formulario debe ser completado y firmado por el médico tratante.
- El padre/guardián debe firmar la forma.

Si usted tiene alguna pregunta por favor llame a, Parques, Recreación y Cultura al 301-258-6350.

NOMBRE DEL PROGRAMA DE RECREACIÓN:

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

NOMBRE DEL NIÑO:		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
RAZONES POR QUE EL MEDICAMENTO SE ADMINISTRA:			MEDICAMENTO DE EMERGENCIA [] SÍ [] NO
NOMBRE DE MEDICAMENTO	DOSIS	ruta	
FECHAS DE DISTRIBUCIÓN (NO EXCEDA MÁS DE UN AÑO)		TIEMPO/FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN:	
SI PRN, FRECUENCIA		SI PRN, PARA QUÉ SÍNTOMAS	
EFFECTOS SECUNDARIOS CONOCIDOS ESPECÍFICAS DEL NIÑO(A)			
NOMBRE/TÍTULO DEL MÉDICO		Este espacio puede ser utilizado para el Sello de Dirección del Médico	
TELÉFONO	FAX		
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO		
FIRMA DEL MÉDICO (Padres no pueden firmar aquí) <i>FIRMA ORIGINAL O SELLO DE FIRMA SOLAMENTE</i>			FECHA

AUTORIZACIÓN DE PADRE/GUARDIÁN

Solicito al operador autorizado del campamento juvenil, miembro del personal o voluntarios para que administren o supervisen al participante del campamento para administrar a sí mismo la prescripción dada por el prescriptor autorizado. Certifico que tengo la autoridad legal para dar consentimiento para tratamiento médico para el niño mencionado arriba, incluyendo la administración de medicamentos en el centro. Entiendo que al final del período autorizado, una persona autorizada, la cual puede incluir al niño, el cual debe recoger el medicamento, de lo contrario se descartará. Autorizo al personal del campamento y al prescriptor autorizado indicado en esta forma para comunicarse siguiendo el cumplimiento con HIPAA.

FIRMA DE PADRE/GUARDIÁN		FECHA	# TELÉFONO DE CASA
PERSONA(S) AUTORIZADOS PARA RECOJER MEDICAMENTOS	# TELÉFONO CELULAR	# TELÉFONO DE TRABAJO	

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y LLEVAR A SÍ MISMO

Esta sección debe ser completa solamente si este medicamento está aprobado para su administración propia. La "Auto-Asistencia o Auto Administración" es sólo permitida para medicamentos en emergencias tales como inhaladores y epinefrina. Por lo tanto el prescriptor y el padre/tutor deben consentir en la autoadministración. Sin embargo, los operadores del campamento juvenil no son requeridos para permitir autoadministración o el autocontrol. Autorizo la autoadministración de que el niño nombrado arriba es capaz de auto-administrarse el medicamento indicado bajo la supervisión del campamento juvenil, miembro del personal designado o voluntario. Si es indicado en la parte abajo el niño nombrado anteriormente puede auto-llevar medicamentos de emergencia.

FIRMA DEL MÉDICO	MEDICAMENTO DE EMERGENCIA DE LLEVAR A SÍ MISMO (Marcar Uno) [] SÍ [] NO [] No es Medicación de Emergencia	FECHA
FIRMA DE PADRE/GUARDIAN	MEDICAMENTO DE EMERGENCIA DE LLEVAR A SÍ MISMO (Marcar Uno) [] SÍ [] NO [] No es Medicación de Emergencia	FECHA