

**THE PUBLIC SCHOOLS OF THE TARRYTOWNS  
DEPARTMENT OF PUPIL PERSONNEL SERVICES  
HEALTH SERVICES**

Dear Parent or Guardian:

As outlined in the Nurse Practice Act and provisions of the State Education Law, school nurses, principals, and other school personnel cannot dispense internal medications, such as aspirin tablets, to school children and to school personnel.

Under certain unusual circumstances, when it is necessary for the child to take internal medication even over the counter during school hours, the nurse may cooperate with the family physician and parents.

In order to comply with the above regulations, please have the attached form completed and returned to the School Nurse if medication in school is necessary.

-----  
**THE PUBLIC SCHOOLS OF THE TARRYTOWNS  
DEPARTMENT OF PUPIL PERSONNEL SERVICES  
HEALTH SERVICES**

To be completed by the Parent:

I hereby give permission for the school nurse to administer medication as directed by my child's physician.

_____	_____	_____
Child's Name	Grade	School
_____	_____	_____
Parent's Phone Number	Parent's Signature	Date

-----  
To be Completed by the Physician:

_____	is to receive _____	_____
Child's Name	Name of Medication	
_____	for _____	_____
Dosage, Frequency	Diagnosis and Duration	
_____	_____	_____
Possible Side Effects	Signature of Physician	

Order expiration date: \_\_\_\_\_

**IMPORTANT:** Medication to be given must be in a PRESCRIPTION BOTTLE with the child's name, name of medication, and name of doctor on druggist's label attached.

**ESCUELAS PUBLICAS DE LOS TARRYTOWNS**  
**OFICINA DE SERVICIOS DE ESTUDIANTES**  
**SERVICIOS DE SALUD**

Estimados Padres:

En la Acto de Practica de Enfermeras y la Ley Educacional del Estado, la enfermera, el director/a y otro personal de la escuela no pueden dispensar medicación interna, por ejemplo aspirina, a los niño y otras personas en la escuela.

En ciertas circunstancias cuando es necesario para el estudiante tomar medicina interna durante las horas escolares, la enfermera puede cooperar con el medico de la familia y con los padres.

Para cumplir con las regulaciones mencionadas, por favor complete la forma adjunta y devuele la forma a la enfermera, si es necesario administrar medicina en la escuela.

---

**ESCUELAS PUBLICAS DE LOS TARRYTOWNS**  
**OFICINA DE SERVICIOS DE ESTUDIANTES**  
**SERVICIOS DE SALUD**

Esta parte debe ser completada por los padres,

Yo doy permiso a la enfermera de la escuela para administrar medicación recetada por el medico de mi hijo/hija.

_____	_____	_____
Nombre del estudiante	Grado	Nombre de la escuela
_____	_____	_____
Teléfono de los padres	Firma de la madre o el padre	Fecha

---

Esta parte debe ser completada por el medico:

_____	debe recibir	_____
Nombre del estudiante		Nombre del medicamento
_____	para	_____
Dosis - frecuencia		Diagnostico y duración
_____		_____
Posible efecto secundario		Firma del médico

Fecha: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** El medicamento administrado debe de estar en una BOTELLA DE PRESCRIPCIÓN, con el nombre del niño/a, nombre del medicamento y nombre del doctor/a en la etiqueta adjunta de la farmacia.

