



# Public Schools of the Tarrytowns

## 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 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 No.	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

**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.



# Public Schools of the Tarrytowns

## SERVICIOS DE SALUD

Estimados padres:

En la Acta 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, par ejemplo aspirina, a las 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 médico de la familia y con los padres.

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

-----

ESCUELAS PÚBLICAS 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 médico 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 médico:

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante                      debe recibir                      Nombre del medicamento

\_\_\_\_\_  
Dosis/Frecuencia                      for                      Diagnostico y duración

\_\_\_\_\_  
Posible efecto secundario                      Firma del médico

**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.



# Public Schools of the Tarrytowns

## PERMISSION FORM FOR STUDENT TO INDEPENDENTLY USE AN INHALER

Date: \_\_\_\_\_

Your son/daughter \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
has indicated that an inhaler is being used frequently to treat a condition of asthma.

Please sign below to indicate it is your belief that your son/daughter, as indicated, is capable of self-medication on an as needed basis. He/she will also be held responsible for having the appropriate medication in school and at sporting events. Your physician's signature is also required.

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

M.D. Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**PLEASE RETURN TO THE NURSE'S OFFICE**



# Public Schools of the Tarrytowns

## FORMA DE PERMISO PARA QUE ESTUDIANTE USE UN INHALANTE INDEPENDIENTEMENTE

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

Su hijo/a \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ nos ha indicado que un inhalante está siendo usado frecuentemente para tratar una condición de asma.

Por favor firme debajo indicando que es su creencia que su hijo/a, es capaz de usar este inhalante, cuando sea necesario. Él/ella también será responsable para tener la medicación apropiada en la escuela y en los eventos deportivos. La firma de su médico es también requerida.

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR REGRESE ESTA FORMA A LA OFICINA DE LA  
ENFERMERA**



# Public Schools of the Tarrytowns

## PERMISSION FORM FOR STUDENT TO INDEPENDENTLY USE PRESCRIBED EPI-PEN

Date: \_\_\_\_\_

Your son/daughter \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
has indicated that a prescribed epi-pen is being used to treat severe allergic reactions..

Please sign below to indicate it is your belief that your son/daughter, as indicated, is capable of self-medicating on an as needed basis. He/she will also be held responsible for having the appropriate medication at school, sporting events, and school trips. Your physician's signature is also required.

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

M.D. Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**PLEASE RETURN TO THE NURSE'S OFFICE**



# Public Schools of the Tarrytowns

## FORUMLARIO / PERMISO PARA EL USO DE 'EPI-PEN'

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

Su hijo(a) \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_  
ha indicado que usa "Epi-pen" como medicina para prevenir reacciones alérgicas.

Por favor, firme este documento si considera que su hijo(a) puede tomar dicha medicina por sí mismo y hacerlo correctamente. Asimismo, su hijo(a) es responsable por llevar consigo, durante el día escolar, deportes y viajes, su medicación.

Se requiere también la firma de su médico.

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR RETORNAR ESTE DOCUMENTO  
A LA ENFERMERA DEL COLEGIO**