



BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT
School Health Services
 THE FOX LANE CAMPUS, P.O. BOX 180
 MOUNT KISCO, NEW YORK 10549
 914-241-6000

Dr. Robert Glass
 Superintendent of Schools

Dr. Louis Corsaro
 Medical Director

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y SIN RECETA EN LA ESCUELA (órdenes sin epinefrina o Benadryl)

La Ley de Educación del Estado de Nueva York no permite que el personal de la escuela administre ningún medicamento (con o sin receta) sin un permiso por escrito firmado por el proveedor de atención médica que lo recetó y el/la padre/madre.

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

RECETANTE:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

FECHA DE NACIMIENTO: GRADO:

Nombre del medicamento:

Dosis:

Ruta:

Frecuencia:

Diagnóstico / razón:

Posibles efectos secundarios:

Acción deseada:

Otros comentarios:

Firma del médico / proveedor: Fecha:

Nombre impreso: # Telefónico:

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR:

Por la presente doy mi permiso a la enfermera de la escuela para administrar el medicamento anterior a mi hijo(a) según lo especificado por el médico / proveedor. Firma del padre / tutor: Fecha: Teléfono:

INSTRUCCIONES DE AUTO-TRANSPORTE / AUTO-ADMINISTRACIÓN:

Para ser completado por el médico / prescriptor: He dado instrucciones al estudiante anterior sobre el uso apropiado de este medicamento y se le puede permitir al estudiante llevar y auto-administrar este medicamento si lo aprueba la enfermera escolar.

Firma del médico / prescriptor: Fecha:

Para ser completado por el padre / tutor: Cuando sea apropiado, doy permiso para que mi hijo(a) se auto-administre el medicamento anterior según el médico / prescriptor y la enfermera escolar.

Firma del Padre / Tutor: Fecha:

Para ser completado por la enfermera de la escuela: He evaluado al estudiante mencionado anteriormente para que lo lleve a sí mismo y se administre a sí mismo y apruebo que lo hagan.

Firma de la enfermera de la escuela: Fecha: