



To: Parent/Guardian of: _____

From: School Nurse: _____

Re: Administration of medication in school: _____

Date: _____

New York State law requires that medications can be administered during school hours ***only*** if the school nurse receives ***a note from your child's physician stating the following:***

1. Name of medication
2. Time to be administered
3. A request that the medication be dispensed in school with a note from the parent giving the school nurse permission to do so
4. Medications are to be placed in properly labeled container(s) and dated from the pharmacy

PLEASE NOTE: Your child may not have any medication in their possession in school. We have many children who are allergic to various medications. If any of these medications should unknowingly fall into their hands, the results could be fatal.

Picture identification will be attached to this form

TO THE PHYSICIAN:

Please complete the following:

1. Child's name: _____
2. Name of medication: _____
3. Time to be administered: _____
4. Dosage to be administered: _____
5. Duration of time child is to receive medication: _____

Physician's Signature: _____

Date: _____

Print Physician's Name: _____

TO THE PARENT:

I hereby give permission for the school nurse to administer the medication as prescribed by my physician for my child _____.

Parent's Signature: _____ Date: _____

Date received in Nurse's Office: _____

Signature of School Nurse: _____



Para: Padre/Tutor de: _____

De: Enfermera Escolar: _____

Re: Administración de medicamentos en la escuela: _____

Fecha: _____

La ley del estado de Nueva York requiere que los medicamentos se puedan administrar durante el horario escolar **solo** si la enfermera de la escuela recibe **una nota del médico de su hijo que indique lo siguiente:**

1. Nombre del medicamento
2. Tiempo a administrar
3. Una solicitud para que el medicamento se dispense en la escuela con una nota de los padres que le dé permiso a la enfermera de la escuela para hacerlo.
4. Los medicamentos deben colocarse en recipientes debidamente etiquetados y fechados en la farmacia

TENGA EN CUENTA: Es posible que su hijo no tenga ningún medicamento en su poder en la escuela. Tenemos muchos niños que son alérgicos a varios medicamentos. Si alguno de estos medicamentos cayera en sus manos sin saberlo, los resultados podrían ser fatales.

Se adjuntará una identificación con foto a este formulario

AL MÉDICO:

Complete lo siguiente:

1. Nombre del niño: _____
2. Nombre del medicamento: _____
3. Tiempo de administración: _____
4. Dosis a administrar: _____
5. Duración del tiempo que el niño debe recibir la medicación: _____

Firma del médico: _____

Fecha: _____

Imprimir Nombre del médico: _____

A LOS PADRES:

Por la presente, doy permiso para que la enfermera de la escuela administre el medicamento según lo prescrito por mi médico para mi child _____.

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Fecha de recepción en la enfermería: _____

Firma de la enfermera escolar: _____