

NORTH PLAINFIELD PUBLIC SCHOOLS

Office of the Superintendent

SOLICITUD PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Estimados Padres:

Nos ha llamado la atención que su niño(a) está tomando medicamentos. "El suministro de medicinas a los alumnos puede realizarse bajo circunstancias especiales, en las cuales la salud del menor se vea comprometida sin ellas."

El medicamento debe presentarse en su empaque original y debidamente marcado por la farmacia. La enfermera de la escuela suministrará la medicina una vez esta ficha haya sido completada y, si es necesario, se haya consultado con su médico particular.

El médico de la escuela debe aprobar cualquier petición de suministro de medicinas, hecha por el médico de la familia.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ SALON _____

Instrucciones para el suministro de medicamentos:

Medicina _____
Dosis _____
Hora a que debe suministrarse _____
Propósito del medicamento _____
Posibles efectos secundarios _____

Permiso para suministrar medicamentos en la escuela:

Firma de los padres _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Teléfono _____ Fecha _____

ESTA FICHA DEBE SER SOMETIDA A APROBACIÓN POR EL MÉDICO DE LA ESCUELA.

_____ Aprobada.

_____ No aprobada.

Firma del médico de la institución _____ Fecha _____

NORTH PLAINFIELD PUBLIC SCHOOLS
Office of the Superintendent

REQUEST TO ADMINISTER MEDICATION

It has been brought to our attention that your child is on medication. The administration of medication to pupils shall be done only in exceptional circumstances wherein the child's health may be jeopardized without it. The medication must be presented in the original bottle and properly labeled from the pharmacy. The school nurse will dispense the medication upon completion of this form and confer with your physician when necessary. In cases of life-threatening illness (for example, asthma, anaphylaxis), a student may carry and administer his own medication with parent and doctor permission.

STUDENTS' NAME _____ Home Room _____

Instructions for Administering Medication

Medication _____

Dosage _____

Time to be administered _____

Purpose of Medication _____

Possible side effects _____

Permission to give medication in school:

Parent's signature _____ Date _____

Physician's signature _____ Telephone number _____ Date _____

THIS FORM MUST BE SUBMITTED ANNUALLY FOR APPROVAL BY SCHOOL PHYSICIAN.

_____ Approved

_____ Not Approved

School Physician's Signature _____ Date _____