

Perth Amboy Public Schools

Alice J. Mokar

Supervisor of Health, Physical Education & Nurses

178 Barracks Street

Perth Amboy, New Jersey 08861

(732) 376-6200, Ext. 30-207

ADMINISTRATION OF MEDICATION IN SCHOOL

Dear Parent/Guardian:

Administrative policy of the Perth Amboy Public Schools requires the school nurse to have written permission from you and the attending physician. Medication administered by the school nurses should be done only in exceptional circumstances wherein the child's health may be jeopardized without it.

Sincerely,

Alice J. Mokar

As the Parent/Guardian of _____, Gr. _____
Last Name First

Homeroom _____, Home Telephone _____, Work Number _____, I request that the
below medication, as prescribed, be administered to my child.

Signature

Date

Please have your doctor fill in the information requested on the form below. This form must be returned to the school nurse with a supply of the medication in the original, appropriately labeled pharmacy container by the parent/guardian.

Physician's Section:

Diagnosis for which medication is given: _____

Medication: _____ Dosage: _____

Times: _____ Contraindications: _____

Side Effects: _____

Other Information: _____

Physician's Name: _____ Date _____

Physician's Signature: _____ Tel. #: _____

Perth Amboy Public Schools

Alice J. Mokar

Supervisor of Health, Physical Education & Nurses

178 Barracks Street

Perth Amboy, New Jersey 08861

(732) 376-6200, Ext. 30-207

ADMINISTRACION DE MEDICINAS EN LA ESCUELA

Estimado Padre/Madre/Guardian:

Las normas administrativas de las Escuelas Públicas de Perth Amboy requieren que la enfermera escolar tenga permiso de usted y del médico de su niña/niño. La enfermera debe administrar medicina solo en casos excepcionales, en cuales la salud del niño pueda estar en peligro.

Sinceramente,

Alice J. Mokar

Como madre/padre de _____, del grado _____, salón de
Apellido Primer Nombre

hogar _____, # de teléfono _____, # de tel. De su trabajo _____, yo

pido que se le administre a mi hija/hijo la medicina indicada debajo, según recete el doctor.

Firma

Fecha

Por favor pídale a su doctor que provea la información deseada debajo. Este formulario se le debe devolver a la enfermera de la escuela junto con la medicina en su botella **original con la etiqueta de la farmacia.**

Sección para llenar el médico:

Diagnóstico que requiere esta medicina: _____

Medicina: _____ Dosis: _____

Veces: _____ Contraindicaciones: _____

Efectos que pueda tener: _____

Otra información: _____

Nombre del doctor/la doctora: _____ Fecha _____

Firma del doctor/doctora: _____ # de tel. _____