

# Perth Amboy Public Schools

Mrs. Alice J. Mokal

Supervisor of Health, Physical Education & Nurses

178 Barracks Street

Perth Amboy, New Jersey 08861

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

## SELF-ADMINISTRATION OF MEDICATION

Dear Parent/Guardian:

The State of New Jersey has recently signed into law an act concerning the self administration of medication for certain pupils with asthma or another life threatening condition.

According to the Perth Amboy Board of Education # 535 Self –Medication, a student must:

1. Present a physician's prescription
2. Present a parental request
3. Report to the school nurse with medication and demonstrate proper knowledge in its use.
4. Report to school nurse the use of emergency medication during the day

\*\*\*\*\*

### Parent's Section:

As the parent/guardian of \_\_\_\_\_, Grade \_\_\_\_\_,  
Last Name First

Homeroom \_\_\_\_\_, Home telephone \_\_\_\_\_, Work Number \_\_\_\_\_,

I am requesting that my child be permitted to self-administer medication as certified in writing by my child's physician. I understand my child will be carrying medicine and will be held responsible for its loss or misuse. I therefore release the Perth Amboy Public School District from any liability that may arise as a result of my child's self-administration of medication.

\_\_\_\_\_  
Parent's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### Physician's Section:

Diagnosis for which medication is given: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_

Indications for use: \_\_\_\_\_

Times/Repetitions: \_\_\_\_\_ Side Effects: \_\_\_\_\_

Follow-up Care: \_\_\_\_\_

Physician's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Tel. # \_\_\_\_\_

# Perth Amboy Public Schools

Mrs. Alice J. Mokar

Supervisor of Health, Physical Education & Nurses

178 Barracks Street

Perth Amboy, New Jersey 08861

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

## ADMINISTRACION PROPIA DE MEDICINAS

Estimado Padre/Madre/Guardian:

El Estado de New Jersey recientemente ha firmado una ley sobre la administracion propia de medicina para ciertos estudiantes con asma u otra condicion que pueda amenazar la vida.

De acuerdo a la norma #535 de la Junta de Educacion de Perth Amboy, para administrarse su medicina a si mismo, un estudiante debe:

1. Presentar una receta de su médico
2. Presentar un formulario de permiso de sus padres
3. Reportarse a la enfermaera de la escuela con su medicina y demostrar que sabe utilizarla adecuadamente.
4. Reportar a la enfermaera de la escuela si ha tenido que utilizar la medicina durante el día por emergencia.

\*\*\*\*\*

### Seccion para llenar los padres:

Como madre/padres de \_\_\_\_\_, del grado \_\_\_\_\_,  
Apellido Primer Nombre

Salón de hogar \_\_\_\_\_, # de teléfono \_\_\_\_\_ 3 de tel. en su trabajo \_\_\_\_\_,  
Pido que den permiso a mi hijo para administrarse a si mismo su medicina segun certifica por escrito su médico.  
Entiendo que mi hijo/hija llevará la medicina consigo en la escuela y será responsable si la pierde o la utiliza inadecuadamente. Por consecuencia libro al Distrito Escolar de Perth Amboy de toda responsabilidad que pueda resultar de la administración por si mismo de la medicina de mi hija/hijo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Sección para llenar el Doctor:

Diagnósis que requiere esta medicina: \_\_\_\_\_

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Indicaciones para utilizar: \_\_\_\_\_

Veces al día: \_\_\_\_\_ Efectos que pueda tener: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor/la doctora: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del doctor/doctora: \_\_\_\_\_ # de tel. \_\_\_\_\_