



# PERTH AMBOY PUBLIC SCHOOLS

Mrs. Eva Kucaba – Supervisor of Nursing and Health Related Services  
(732) 376-6200, Ext. 30-445

## 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 medico de su niña/niño. La enfermera debe administrar medicina solo en casos excepcionales, en cuales la salud del niño pueda estar en peligro.

\*\*\*\*\*

### Seccion para llenar los padres:

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

# de teléfono \_\_\_\_\_, de tel. en su trabajo: \_\_\_\_\_, Cell phone: \_\_\_\_\_,

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor pidale a su doctor que provea la información deacada debajo. Este formulario se le debe devolver a la enfermera de la excuela junto con la medicina en su botella **original con la etqueata de la farmacia.**

\*\*\*\*\*

### Sección para llenar el Doctor:

Diagnósis que require esta medicina: \_\_\_\_\_

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

Veces al día: \_\_\_\_\_ Contraindicaciones: \_\_\_\_\_

Efectos que pueda tener: \_\_\_\_\_

Otra información: \_\_\_\_\_

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

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