

RED BANK REGIONAL HIGH SCHOOL HEALTH OFFICE

101 Ridge Road Little Silver, NJ 07739

Deborah J. Rosen-Haight, RN, BSN NJCSN (732) 842-8000 x 241

Aurora Hankins, RN (732) 842-8000 x 371

School Nurse Fax: (732)-842-8924

MEDICATION PERMISSION FORM/ PERMISO PARA MEDICACION

School Year _____

Toda medicación administrada en la escuela aunque no sea prescrita tiene que ser acompañada de ordenes escritas por el medico y de los padres del estudiante dando permiso. La medicación tiene que estar en su envase original con sus instrucciones farmacéuticas, (la farmacia provee botellas adicionales para uso en la escuela).

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
Direccion _____ Telefono _____
_____ Grado _____

Autorización del Doctor :

Medicacion _____ Dosis _____
Hora o circunstancia para administración en la escuela _____
Diagnosis o enfermedad _____ Duración de administración _____
Efectos y contraindicaciones _____ Firma de los
Padres _____ Fecha _____
Direccion _____ Telefono _____

Permiso de los Padres/Guardián:

Yo autorizo que la enfermera de la escuela le administre la medicación mencionada en esta planilla a mi hijo y disuelvo y indemnizo a las personas y al distrito escolar de cualquier responsabilidad en conexión con la administración de esta medicación.

Firma de los Padres/Guardian _____ Fecha _____