

*FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS  
STUDENT HEALTH SERVICES*

*CARTA a los PADRES – MEDICAMENTOS*  
&  
*TRÁMITES DE SALUD*

Estimados Padres/ Guardianes,

Querremos informarles de las normas que hemos efectuado para asegurarnos de la salud y seguridad de los niños que necesitan de tomar medicamentos durante el día escolar y el procedimiento que se debe seguir.

Nuestro distrito escolar exige que los siguientes formularios estén en el fichero de salud para que podamos proveer los servicios necesarios.

- \_\_\_ 1. Permiso firmado por un padre o guardián para dar medicina. Llene el adjunto permiso y devuélvalo a la enfermera de la escuela
- \_\_\_ 2. Un requisito firmado para medicina. Debe entregar al doctor o a la enfermera de la escuela. Se tiene que renovar conforme sea necesario y para cada año académico.
- \_\_\_ 3. Formulario firmado para cuidados especializados. Éste es para cuidados de salud especializados proveídos durante las horas de escuela, se debe llenar y firmar por el médico de su hijo/a y devuelto a la enfermera escolar. Se debe renovar conforme sea necesario y para cada año académico.

Ud. o un adulto responsable e indicado por Ud. debe de entregar, en la escuela, los medicamentos en el sobre cerrado de la farmacia. Diga a su farmacéutico que separe los frascos de la escuela y la casa. Solo se entrega la porción para un mes.

Si su hijo/a necesita medicamentos en la escuela, actúe rápidamente y siga todas las reglas para que podamos prestarle los servicios lo más pronto posible.

Gracias por su ayuda.

\_\_\_\_\_  
Enfermera de la escuela

\_\_\_\_\_  
Teléfono

**FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS**  
**STUDENT HEALTH SERVICES**  
**AUTORIZACIÓN de los PADRES para dar MEDICINA**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de los padres/guardianes \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Emergencia \_\_\_\_\_

Persona a avisar en caso de emergencia:

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Mi hijo/a a lo presente toma las siguientes medicinas( a completar si no está a violación confidencial) \_\_\_\_\_

Mi hijo/a tiene las siguientes alergias a medicinas y comidas \_\_\_\_\_

Permito que la enfermera (o otro personal de la escuela, escogido por la enfermera, con medicinas sin receta médica solamente) administre la medicina recetada por

\_\_\_\_\_  
nombre del doctor

Doy mi permiso para que mi hijo/a se administre la medicina si la enfermera determina que es seguro y apropiado.     Sí     No

Doy mi permiso para que la enfermera comparta la información acerca de la medicina siempre y cuándo sea necesario para la seguridad y salud de mi hijo/a.

Entiendo que puedo recoger los medicamentos de la escuela a cualquier momento. Se destruirá la medicina una semana después del final de la receta o en el ultimo día de escuela si no fué recogida.

Firma de los padres \_\_\_\_\_

**AVISO: SE DEBE GUARDAR LA MEDICINA EN LA OFICINA DE LA ENFERMERA. NO SE PERMITE QUE LOS ESTUDIANTES TRAIGAN LA MEDICINA A LA ESCUELA**

*FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS  
STUDENT HEALTH SERVICES.*

**MEDICATION ORDER TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN**

Name of Student \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
(street) (city/zip code)

Name of Licensed Prescriber \_\_\_\_\_

Business Phone Number \_\_\_\_\_ Emergency Phone Number \_\_\_\_\_

Medication \_\_\_\_\_

Route of Administration \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_

Frequency \_\_\_\_\_ Time(s) of Administration \_\_\_\_\_

(PLEASE NOTE: Whenever possible, medication should be scheduled during home hours)

Specific Directions or Information \_\_\_\_\_

Date of Order \_\_\_\_\_ Discontinuation Date \_\_\_\_\_

Diagnosis\*\* \_\_\_\_\_

Other Medical Conditions\*\* \_\_\_\_\_

Optional Information:

1. Special side effects, contraindications, or possible adverse reactions to be observed \_\_\_\_\_
2. Other medications taken by student \*\* \_\_\_\_\_
3. Consent for self administration (provided school nurse determines it is safe and appropriate) \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

\_\_\_\_\_  
Physician Signature Date

\*\* If not in violation of confidentiality

\*\*\*\*\* RETURN TO SCHOOL NURSE\*\*\*\*\*