



ESCUELAS PÚBLICAS DE LOS TARRYTOWNS  
OFICINA DE SERVICIOS DE ESTUDIANTES  
SERVICIOS DE SALUD

Estimados padres:

En la Acta de Practica de Enfermeras y la Ley Educacional del Estado, la enfermera, el director/a y otro personal de la escuela no pueden dispensar medicación interna, par ejemplo aspirina, a las niño y otras personas en la escuela.

En ciertas circunstancias cuando es necesario para el estudiante tomar medicina interna durante las horas escolares, la enfermera puede cooperar con el médico de la familia y con los padres.

Para cumplir con las regulaciones mencionadas, par favor complete la forma adjunta y devuelve la forma a la enfermera, si es necesario administrar medicina en la escuela.

---

ESCUELAS PÚBLICAS DE LOS TARRYTOWNS  
OFICINA DE SERVICIOS DE ESTUDIANTES  
SERVICIOS DE SALUD

Esta parte debe ser completada por los padres:

Yo doy permiso a la enfermera de la escuela para administrar medicación recetada por el médico de mi hijo/hija.

_____ Nombre del estudiante	_____ Grado	_____ Nombre de la escuela
_____ Teléfono de los padres	_____ Firma de la madre o el padre	_____ Fecha

---

Esta parte debe ser completada por el médico:

_____ Nombre del estudiante	debe recibir	_____ Nombre del medicamento
_____ Dosis/Frecuencia	for	_____ Diagnostico y duración
_____ Posible efecto secundario		_____ Firma del médico

**IMPORTANTE:** El medicamento administrado debe de estar en una BOTELLA DE PRESCRIPCIÓN, con el nombre del niño/a, nombre del medicamento y nombre del doctor/a en la etiqueta adjunta de la farmacia.



**PERMISSION FORM FOR STUDENT TO  
INDEPENDENTLY USE AN INHALER**

Date: \_\_\_\_\_

Your son/daughter \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
has indicated that an inhaler is being used frequently to treat a condition of asthma.

Please sign below to indicate it is your belief that your son/daughter, as indicated, is capable of self-medication on an as needed basis. He/she will also be held responsible for having the appropriate medication in school and at sporting events. Your physician's signature is also required.

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

M.D. Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**PLEASE RETURN TO THE NURSE'S OFFICE**



**FORMA DE PERMISO PARA QUE ESTUDIANTE USE  
UN INHALANTE INDEPENDIENTEMENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_

Su hijo/a \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ nos ha  
indicado que un inhalante está siendo usado frecuentemente para tratar una condición de asma.

Por favor firme debajo indicando que es su creencia que su hijo/a, es capaz de usar este inhalante,  
cuando sea necesario. Él/ella también será responsable para tener la medicación apropiada en la  
escuela y en los eventos deportivos. La firma de su médico es también requerida.

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR REGRESE ESTA FORMA A LA OFICINA DE LA  
ENFERMERA**



**PERMISSION FORM FOR STUDENT TO  
INDEPENDENTLY USE PRESCRIBED EPI-PEN**

Date: \_\_\_\_\_

Your son/daughter \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
has indicated that a prescribed epi-pen is being used to treat severe allergic reactions..

Please sign below to indicate it is your belief that your son/daughter, as indicated, is capable of self-medication on an as needed basis. He/she will also be held responsible for having the appropriate medication at school, sporting events, and school trips. Your physician's signature is also required.

**Parent Signature** \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**M.D. Signature** \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**PLEASE RETURN TO THE NURSE'S OFFICE**



**FORUMLARIO / PERMISO  
PARA EL USO DE 'EPI-PEN'**

Fecha: \_\_\_\_\_

Su hijo(a) \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_  
ha indicado que usa "Epi-pen" como medicina para prevenir reacciones alérgicas.

Por favor, firme este documento si considera que su hijo(a) puede tomar dicha medicina por sí mismo y hacerlo correctamente. Asimismo, su hijo(a) es responsable por llevar consigo, durante el día escolar, deportes y viajes, su medicación.

Se requiere también la firma de su médico.

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR RETORNAR ESTE DOCUMENTO  
A LA ENFERMERA DEL COLEGIO**