



BOCES Southern Westchester
THE BOARD OF COOPERATIVE EDUCATIONAL SERVICES

CENTER FOR SPECIAL SERVICES
1606 Old Orchard Street, White Plains, New York 10604
(914) 948-7271 x.343 • fax (914) 761-7406

Proveedor y permiso de los padres para administrar medicamentos en la escuela / eventos patrocinados por la escuela

Para ser completado por el padre / tutor

Nombre de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Calidad: _____ Maestro: _____ Colegio: _____

Solicito a la enfermera de la escuela que dé el medicamento listado en este plan; O después de que la enfermera determine que mi hijo puede tomar su propia medicación; El personal capacitado puede ayudar a mi hijo a tomar sus propios medicamentos. Proporcionaré el medicamento en la farmacia original o en el contador. Este plan será compartido con el personal escolar cuidando a mi hijo.

Padre/Tutor firma Fecha

Correrá electrónico

(PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA - VÁLIDO POR 1 AÑO)

Diagnosis: _____

Medication: _____

Dose: _____ Route: _____ Time: _____

Recommendations: _____ ICD Code _____

****Note:** Medication Will be given as close to the prescribed time as posible, but may be given up to 1 hour before or after the prescribed time. Please advise if there is a time specific concern regarding administration.

Independent Carry and Use Attestation Attached (Require for Independent Carry and Use)

NYS law requires both provider attestation that the student has demonstrated they can effectively self-administer inhaled respiratory rescue medications, epinephrine auto-injector, Insulin, carry glucagón and diabetes supplies or other medications which require rapid administration along with parent/guardian permission delivery to allow this option in school. Check this box and attach the attestation to this form to request this option.

STAMP BELOW

Name/Title of Prescriber _____ Date _____

Prescriber's Signature _____ Phone _____



Contents

No table of contents entries found.

Volver a:

Enfermería de Colegio: _____ Colegio: _____

Dirección de Colegio: _____

Teléfono: _____ El fax: _____ correrá electrónico: _____