

MEDICATION FORM/FORMULARIO DE MEDICAMENTOS

Date/fecha _____

Please note **ALL medication must be in the original bottle/package, be accompanied by doctor prescription, and have completed this form/*Favor tenga en cuenta que **TODOS LOS MEDICAMENTOS** deben estar en su frasco original con una copia de la receta**.*

Student name/*Nombre del estudiante*: _____

Class/*Grado*: _____

Name of Medication to be given/*nombre del medicamento a dar*: _____

Dosage/*Dosis*: _____

Does this medicine need to be given more than once during the day at school?/*¿Este medicamento debe darse más de una vez al día en la escuela?* YES/*SÍ* o NO/*NO*

At what time(s) is the medicine to be given?/*¿A que hora (s) esta el medicamento indicado?*

Was this medicine given at home this morning?/*Se administro este medicamento en casa la mañana de hoy?* YES/*SÍ* o NO/*NO*

Does the medication need to be **refrigerated**?/*¿Debe estar el medicamento refrigerado ?*YES/*SÍ* o NO/*NO*

How long does this medication need to be given at school? *¿Por qué tiempo debe administrarse este medicamento en la escuela?*

TODAY ONLY/*SOLO HOY* or/o Please specify/*Favor especificar* _____

If medication is needed for more than 1 day, do you need the medication returned home everyday? *Si el medicamento es necesaria para más de 1 día, usted necesita que el medicamento valla a la casa todos los días?*
YES/*SI* or/o NO/*NO*

Is this medication to be stored in the nurse's office for your child's personal use as needed?/*¿D ebe conservarse este medicamento en la enfermeria para uso personal de su hijo en caso de que lo necesite?*
YES/*SÍ* o NO/*NO*

Does student have allergies?/*¿Tiene el estudiante alergias?* YES/*SÍ* o NO/*NO*
If YES, please list/ *Si la respuesta es SÍ, por favor, indicar cual* _____

Medication that is to be returned home can be picked up in the NURSE'S OFFICE at the end of School/*El medicamento que debe retornar a casa se pueden recoger en la oficina de la enfermera en la final del día escolar*

Parent Signature/*Firma de Padres*: _____

Thank you for your cooperation in helping keep your child safe and healthy this year at school. If you have any questions please feel free to contact me/*Gracias por su cooperación para ayudar a mantener a su hijo sano y seguro durante este año escolar. Si usted tiene alguna pregunta no dude en contactarme.*

Linda J. Riegsecker RN,BSN
SCS School Nurse
809-570-6140 ext 242
lriegsecker@scs.edu.do

<http://www.santiagochristianschool.org/medication-policy.cfm>