

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. Gabino RN,BSN
SCS Health Office Coordinator
809-570-6140 ext 242
lgabino@scs.edu.do

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