



CRESTHAVEN ACADEMY

CHARTER SCHOOL

REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

TO: Parent/Guardian (*Padre/ Guardián*)

FROM: Cynthia Carrero, School Nurse (*Enfermera de la Escuela*)

RE: _____
Student's Name (*Nombre del Estudiante*)

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*): _____

In response to your request for your student to receive medication during school hours please have the physician complete Section One below. (*En respuesta a su solicitud de su estudiante para recibir medicación durante las horas de clase por favor haga que el médico complete la sección de abajo*).

After you complete Section Two, please return this form directly to the school nurse. (*Después de completar la Sección Dos, por favor envíe este formulario directamente a la enfermera de la escuela*).

The administration of medication in the school should be avoided whenever possible. However, when a student's attendance is contingent upon the receipt of medication during school hours, a licensed physician may request it be given by the school nurse. (*La administración de la medicación en la escuela debe evitarse siempre cuando sea posible. Sin embargo, cuando la asistencia del estudiante es contingente a la recepción de la medicación durante el horario escolar, un médico con licencia puede solicitar que sea dado por la enfermera de la escuela*).

Should a medication be prescribed before, during or after meals, please so indicate (rather than at 11:30, example) since students' lunch periods are scheduled different times throughout the day. (*En caso de que un medicamento recetado antes, durante o después de las comidas, (por favor indicarlo por hora, por ejemplo a las 11:30 a.m.), ya que los períodos de almuerzo de los estudiantes se han programado diferentes momentos durante el día*).

The medicine must be brought to the school by the parent/guardian in the original container, labeled according to standards. It will be kept in a locked facility. (*El medicamento debe ser traído a la escuela por el Padre/Guardián en el recipiente de origen, según las normas. Se mantendrá en una instalación cerrada*).

Section One: To be completed by the Physician (*Para ser completado por el Médico*)

I request that the below named student be administered medication as prescribed in the following: (*Solicito que el estudiante nombrado a continuación administrarse medicación según lo prescrito en el siguiente*)

Height (*Estatura*): _____

Weight (*Peso*): _____

Diagnosis: _____

Name of Medication (*Nombre del medicamento*): _____

Dosage (*dosis*): _____

Time of administering (*Tiempo de administración*): _____

Side effects (*Efectos secundarios*): _____

Date to begin (*Fecha para comenzar*): _____

Date to conclude (*Fecha para terminar*): _____

Name of Physician (Print / type)

Signature of Physician

Telephone Number

Date of Signature



**CRESTHAVEN
ACADEMY**
CHARTER SCHOOL

REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

Section Two (to be completed by parent/guardian)

I request that the certified school nurse administer the above medication to my student as prescribed. I shall deliver the medication to the school in the original container, appropriately labeled by the pharmacy or physician. I hereby acknowledge that Cresthaven Academy Charter School, its agents and employees shall incur no liability as a result of administration of the medication. I also give permission for the release and exchange of information between the school nurse and my child's physician concerning my child's health and medication. *(Solicito que la enfermera certificada administrar el medicamento por encima de mi estudiante según lo prescrito. Voy a entregar el medicamento a la escuela en el envase original, debidamente etiquetado por la farmacia o el medico. Por la presente reconozco que la escuela Cresthaven Academy Charter School, sus agentes y empleados no incurrirá en responsabilidad como consecuencia de la administración de la medicación. También doy permiso para la liberación y el intercambio de información entre la enfermera y el médico de mi hijo en relación con la salud y los medicamentos de mi hijo).*

(Please check) *(Porfavor marca)*

Field trips (Viaje de Estudios)

___ I will attend the field /class trip at my own expense for the purpose of administering medication to my child. *(Asistiré a la salida de campo/clase en mi propia cuenta, el propósito de administrar medicamentos a mi hijo).*

___ I will submit a physicians statement regarding the need not to medicate my child on field / class trip. *(Voy a presentar una declaración de los médicos con respecto a la necesidad de no medicar a mi hijo en un viaje de campo/estudios).*

Early Dismissal Days (Días de Salida Temprano)

___ I request that my child be medicated on half days. *(Solicito que mi hijo sea medicado en días y medio).*

___ I request that my child not be medicated on half days. *(Solicito que mi hijo no ser medicado en días y medio).*

Student's Name *(Nombre del Estudiante)*

Date of Birth *(Fecha de Nacimiento)*

Signature of Parent/ Guardian *(Padre/ Guardián)*

Date *(Fecha)*

Section Three (to be completed by school staff)

Date

Receipt Signature of School Nurse

Date

Receipt Signature of School Medical Inspector

Reference: N.J.S.A. 45:11-23
Cresthaven Policy Number: 5141.21
School Health Services Guidelines

RETURN TO THE SCHOOL NURSE