



BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT  
**School Health Services**  
 THE FOX LANE CAMPUS, P.O. BOX 180  
 MOUNT KISCO, NEW YORK 10549  
 914-241-6000

Dr. Joel Adelberg  
 Superintendent of Schools

Dr. Louis Corsaro  
 Medical Director

**AUTORIZACIÓN GENERAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y SIN RECETA EN LA ESCUELA (órdenes sin epinefrina o Benadryl)**

*La Ley de Educación del Estado de Nueva York no permite que el personal de la escuela administre ningún medicamento (con o sin receta) sin un permiso por escrito firmado por el proveedor de atención médica que lo recetó y el/la padre/madre.*

**PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA RECETANTE:**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: .....

FECHA DE NACIMIENTO: ..... GRADO: .....

Nombre del medicamento: .....

Dosis: .....

Ruta: .....

Frecuencia: .....

Diagnóstico / razón: .....

Posibles efectos secundarios: .....

Acción deseada: .....

Otros comentarios: .....

Firma del médico / proveedor: ..... Fecha: .....

Nombre impreso: ..... # Telefónico: .....

**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR:**

Por la presente doy mi permiso a la enfermera de la escuela para administrar el medicamento anterior a mi hijo(a) según lo especificado por el médico / proveedor. Firma del padre / tutor: Fecha: Teléfono:

\*\*\*\*\*

**INSTRUCCIONES DE AUTO-TRANSPORTE / AUTO-ADMINISTRACIÓN:**

Para ser completado por el médico / prescriptor: He dado instrucciones al estudiante anterior sobre el uso apropiado de este medicamento y se le puede permitir al estudiante llevar y auto-administrar este medicamento si lo aprueba la enfermera escolar.

Firma del médico / prescriptor: ..... Fecha: .....

Para ser completado por el padre / tutor: Cuando sea apropiado, doy permiso para que mi hijo(a) se auto-administre el medicamento anterior según el médico / prescriptor y la enfermera escolar.

Firma del Padre / Tutor: Fecha: ..... Fecha: .....

Para ser completado por la enfermera de la escuela: He evaluado al estudiante mencionado anteriormente para que lo lleve a sí mismo y se administre a sí mismo y apruebo que lo hagan.

Firma de la enfermera de la escuela: ..... Fecha: .....