



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

Dr. Robert Glass
 Superintendent of Schools

Dr. Louis Corsaro
 Medical Director

MEDICATION ORDER FOR BENADRYL ADMINISTRATION

As outlined in the provisions of the New York State Education Law, school personnel are not allowed to dispense any medications (prescriptions or over-the-counter) to school children during school hours without a prescription from the prescribing physician. Parents/guardians must also sign this form giving permission for the medication to be administered in school. The completed form must be on file in the School Health Office before the medication may be administered.

****All medication must be labeled with your child's name, dosage, and frequency of use.****

Student's Name _____ DOB: _____ CLASS _____

TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN OR PRESCRIBING LICENSED HEATH CARE PROVIDER:

Name of medication: _____

Dosage: _____ Route: _____ Frequency: _____

If medication is to be given "when needed", please circle indications:

1. Itchiness around mouth
2. Itchiness all over body
3. Rash (hives)
4. Other _____

How soon can it be repeated? _____

Other actions to be taken: _____

Signature of Physician or Licensed Prescriber: _____ Date: _____

Print name: _____ Phone #: _____

TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN

*I hereby give my permission for the School Nurse to administer **Benadryl** to my child as specified by the above physician/provider. The medication is to be furnished by me in accordance with the Bedford Central School District's Medication Administration Protocols.*

Parent/Guardian's Signature: _____ Date: _____ Telephone: _____



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

Dr. Robert Glass
 Superintendent of Schools

Dr. Louis Corsaro
 Medical Director

ORDEN DE MEDICAMENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE BENADRYL

Como se describe en las disposiciones de la Ley de Educación del Estado de Nueva York, el personal de la escuela no puede dispensar ningún medicamento (con receta o sin receta) a los niños en edad escolar durante el horario escolar sin una receta del médico que prescribe. Los padres / tutores también deben firmar este formulario dando permiso para que el medicamento se administre en la escuela. El formulario completo debe estar archivado en la Oficina de Salud Escolar antes de que se pueda administrar el medicamento.

*** Todos los medicamentos deben estar etiquetados con el nombre, la dosis y la frecuencia de uso de su hijo/a. ***

Nombre de Estudiante:

Fecha de Nacimiento: Clase:

Para ser completado por el médico / prescriptor:

Nombre del medicamento:

Dosis: Ruta: Frecuencia:

Si se debe administrar el medicamento "cuando sea necesario", circule las indicaciones:

1. Picazón alrededor de la boca
2. Picazón en todo el cuerpo
3. Sarpullido (urticaria)
4. Otro

¿Qué tan pronto se puede repetir?

Otras acciones a tomar:

Firma del médico o prescriptor autorizado: Fecha:

Nombre impreso: # Teléfono:

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR

*Por la presente doy mi permiso para que la enfermera de la escuela administre **Benadryl** a mi hijo/a según lo especificado por el médico / proveedor anterior. El medicamento debe ser provisto por mí de acuerdo con los Protocolos de Administración de Medicamentos del Distrito Escolar Central de Bedford.*

Firma: Fecha: