

PA School for the Deaf
100 West Schoolhouse Lane
Philadelphia, PA 19144

Estimados Padres o Encargados:


The Pennsylvania School for the Deaf junto con el Departamento de Salud de PA, han desarrollado una nueva orden de poliza en medicinas para la seguridad y administracion apropiada a su hijo.

TODAS medicina debe ser enviada a la enfermera escolar en el envase original de la farmacia, marcado con el nombre del estudiante, nombre de la medicina, tiempo y la dosis. La medicina de su hijo debe ser dada **directamente** al chofer o a la ayudante de la guagua y **NO** ser dada al estudiante para que se la de a la enfermera.

TODA RECETA de medicinas debe ser traídas con el formulario tanto del *Medico* *Conseimiento del Padre* sfirmado antes de que alguna receta sea dada a su hijo. El formulario adjunto es para su conveniencia. Si durante el ano, su hijo require de una nueva medicina, otro formulario debe ser completado por usted y el doctor en ese momento.

Las enfermeras de The Pennsylvania School for the Deaf le piden su cooperacion en nuestros esfuerzos para hacer de la escuela un ambiente saludable y seguro para todos nuestros estudiantes. Por favor sientase libre de contactar a cualquiera de las enfermeras escolares con alguna pregunta que usted tenga en relacion a la administracion de la medicina en la escuela al: (215) 951-4739 or (215) 951- 4719.

Sinceramente,



Pam Boon, RN

Cathy Graf, RN

Gail Kachnycz, CRNP

Pb 5/1/04

**The Pennsylvania School for the Deaf
Philadelphia, PA 19144**

PADRES

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MEDICINAS
ANO ESCOLAR 20 _____

Yo, _____, requiero que el personal de la escuela administre
Nombre del Padre/Encargado
esta medicina recetada a _____ de acuerdo con las instrucciones
Nombre del Estudiante
Dictadas por el medico, _____ y _____.
Nombre del Medico Telefono

Nombre de la Medicina	Dosis	Hora para ser dada	Razon /Condicion Medica

Fecha
Signature

Telefono #

Firma del Padre/Encargado

**The Pennsylvania School for the Deaf
Philadelphia, PA 19144**

PHYSICIAN'S

MEDICATION ORDER FORM
SCHOOL YEAR 20 _____

Patient Name _____:

is being treated for _____. It is necessary that he/she
receive this medication during school hours according to the following directions:

Name of Medicine	Dosage	Possible Side Effects	Time to be given	Length of time to be given

Date

Telephone #

Physician's Signature

PSD Main Building Fax (215) 951-4725 Attn: Pam Boon
PSD Early Childhood Fax (215-951-4704 Attn: Cathy Graf

Print Physician's Name