

Newton Public Schools

Merriam Avenue School
Kathleen Hughen, RN
973-383-7202 X 1231

Halsted Middle School
Carol Marinaro, RN
973-383-7440 x 2231

Newton High School
Jill Aquino, RN
973-383-7692 x 3231

Dear Parent or Guardian:

If your physician decides it is necessary for your child to receive medication during the day, the following procedures must be followed. It is recommended that the first doses of medication be administered at home if possible. Medication must be delivered to the school in the **original labeled pharmacy container with the current prescription label on the container by a parent or other adult accompanied by this COMPLETED AND SIGNED NOTE.**

Physician's Instructions for Administration of Medication in School

Student Name: _____

Grade:

Is under my care for:

=====

== Date of Order:

Rx and

Dosage: _____

Time and Circumstance of Administration:

=====

== Duration of Administration:

Can a reaction be

expected: _____ If so, describe: _____

=====

== Physician's Signature:

Physician's Stamp



I give permission to the school nurse to administer the above prescribed medication.

Parent/Guardian Signature and Date:



Escuelas públicas de Newton

**Merriam Escuela de ave.
Kathleen Hughen, RN
973-383-7202 X 1231**

**Halsted media escuela
Carol Marinaro, RN
973-383-7440 x 2231**

**Newton High School
Jill Aquino, RN
973-383-7692 x 3 231**

Estimado Padre o Tutor:

Si su médico decide que es necesario que su hijo reciba la medicación durante el día, deben seguirse los siguientes procedimientos. Se recomienda que la primeras dosis de la medicación se administra en casa si es posible. Medicamentos deben ser entregados a la escuela en la envase de farmacia con etiqueta original con la etiqueta del medicamento actual en el contenedor por un padre u otro adulto acompañado esta completado y firmado nota.

Instrucciones del médico para la administración de medicamentos en la escuela

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Está bajo mi cuidado para:

=====
==

Fecha de Pedido:

RX y Dosificación:

Tiempo y las Circunstancias de la Administración:

=====
==

Duración de la Administración:

Puede esperarse una reacción: _____
describir: _____

Si es así,

=====

Firma del médico:

Sello del médico



Doy permiso a la enfermera de la escuela para administrar la medicación prescrita anterior.

Fecha y firma del padre/tutor y fecha:
