

Marie H. Katzenbach School for the Deaf
Estudiante Centro de Salud

Telef.: 609-530-3167

Fax: 609-530-3168

TTY (para personas con problemas de audición) 609-530-3169

Estimada Enfermera:

Yo doy el permiso para que mi hijo/a _____
reciba medicación recetada en la escuela y entiendo que yo dando el permiso libro de responsabilidad a los
doctores y enfermeras que por cualquier mal efecto o reacción adversa que tenga mi hijo/a a la medicación.

Envía la cantidad apropiada de medicación con una etiqueta recetada a la escuela.

Firma del padre o Encargado: _____

Última medicación: _____
Dada (hora y DIA)

Para Ser Completada Y Firmada Por El Doctor

Diagnosis _____

Medicación _____

Dosificación _____

Hora para tomar medicación: _____

Fecha que empieza _____ Y termina _____

Posible reacción _____

Firma del Medico _____ Fecha _____

Nombre del medico (Taquigrafiado o Escrito) en la línea arriba _____

Teléfono del medico _____