



HAVERHILL PUBLIC SCHOOLS HEALTH SERVICES LICENSED PROVIDER MEDICATION ORDER FORM

TO BE COMPLETED BY A LICENSED PRESCRIBER PHYSICIAN, NP, OR OTHER AUTHORIZED BY CHAPTER 94C

Yo, el proveedor con licencia abajo firmante, solicito que la enfermera de la escuela u otra persona designada administre el medicamento que he recetado a continuación. Certifico que la falta de administración del medicamento puede poner en peligro la salud de mi paciente.

Nombre del Estudiante: _____ Fech de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Nombre del recetador autorizado: _____ Título: _____

Teléfono de negocios: ____ - ____ - ____ Dirección: _____

Diagnóstico* _____

Cualquier otra condición médica* _____

Medicamento _____	Dosis _____	
Ruta _____	Frecuencia _____	Hora _____
Fecha de pedido ____ / ____ / ____	Fecha de descontinuación ____ / ____ / ____	
Instrucciones específicas _____		
Posibles efectos secundarios _____		
<i>(Tenga en cuenta: siempre que sea posible, la medicación debe programarse en horarios distintos al horario escolar).</i>		
Diagnóstico* _____		
Cualquier otra condición médica * _____		

Información opcional:

1. Efectos secundarios especiales, contraindicaciones o posibles reacciones adversas que se observarán:

2. Otros medicamentos que toma el estudiante: _____
3. La fecha de la próxima visita programada o cuándo se le recomienda regresar al recetador:
____ / ____ / ____
4. Consentimiento para la autoadministración (siempre que la enfermera de la escuela determine que es seguro y apropiado). **Yes** **No**

Firma de prescripción autorizada: _____ Fecha: ____/____/____

Firma de la enfermera de la escuela: _____ Fecha: ____/____/____