



# 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: \_\_\_\_\_ Fecha 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 discontinuación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instrucciones específicas  
\_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios \_\_\_\_\_

*(Tenga en cuenta: siempre que sea posible, la medicación debe programarse en horarios distintos al horario escolar).*

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_