



Guía para medicamentos con y sin receta Para niños en edad escolar

Para que los miembros de nuestro equipo médico del Centro Ashokan puedan administrar cualquier medicamento de venta libre o cualquiera de los medicamentos recetados de su hijo, se deben cumplir los siguientes requisitos.

Ley de Educación del Estado de Nueva York, Título 139, Sección 6902

Se requiere una orden de un médico/prescriptor médico tanto para los medicamentos con receta como para los de venta libre.



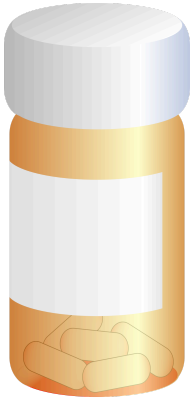
El formulario de permiso de medicación para padres y médicos

DEBE

- Estar correctamente fechado
- Tener el nombre y fecha de nacimiento del estudiante.
- contener el nombre del medicamento
- Contener la dosis del medicamento.
- Contiene vía de administración del medicamento (oral, nasal, tópico, etc)
- Contener la hora y la frecuencia en que se administrará el medicamento.
- Contener las condiciones bajo las cuales se debe administrar el medicamento si corresponde (después de comer por ejemplo)
- Contener el nombre, título y firma del médico/prescriptor.
- Contener el número de teléfono y la dirección del médico/prescriptor.
- Contener el sello del consultorio del médico/prescriptor.
- La orden del médico/prescriptor debe estar en su forma original e inalterada. Los pedidos que contienen modificaciones invalidan el pedido
- La orden de un médico/prescriptor suele ser válida durante 12 meses a partir de la fecha de su emisión, a menos que el proveedor cambie la orden, escriba la orden por un período de tiempo más corto o suspenda la orden

Ashokan Center PHYSICIAN & PARENT MEDICATION PERMISSION FORM				
SCHOOL NAME: _____		DATE OF BIRTH: _____		
STUDENT NAME: _____		PHYSICIAN NUMBER: _____		
<small>The following over-the-counter medications are available at The Ashokan Center, and can be administered as needed per label instructions for age and weight. Absolutely NOT over-the-counter prescription medications, supplements, vitamins, or topical treatments can be administered without physician or parent's signature. In accordance with New York State Education Law, Title 139, Section 6902.</small>				
<small>PROSCRIPTIONS: Please indicate approval for administration by checking yes or no to the criteria indicated.</small>				
Medications	Route	Dosage	Time and Indications	May be Administered
Children's Tylenol (acetaminophen)	By mouth (oral or tablet)	Per label instructions	Every 4 hours PRN pain or fever if needed	Yes No
Children's Motrin (ibuprofen)	By mouth (oral suspension or tablet)	Per label instructions	Every 4 hours PRN pain or fever if needed	Yes No
Benadryl (Diphenhydramine)	By mouth (oral suspension or tablet)	Per label instructions	Every 4 hours PRN allergies, or insect bites	Yes No
Claritin (Loratadine)	By mouth (oral suspension or tablet)	Per label instructions	Once Daily PRN hay fever/sneezing/allergies	Yes No
Tylenol (acetaminophen)	By mouth (tablet)	Per label instructions	Every 4 hours PRN pain or fever if needed	Yes No
Band-Aids	Apply topically	As needed	Apply 1-3x Daily PRN minor cuts	Yes No
Antibacterial Ointment	Apply topically	Per label instructions	Apply 1-3x Daily PRN minor cuts	Yes No
Hydrocortisone Cream 1%	Apply topically	Per label instructions	Apply 2-4x Daily PRN skin irritation	Yes No
Customer Lockbox	Apply topically	Per label instructions	As needed PRN itching	Yes No
<small>PHYSICIAN: Please document follow current medication regimen including approval to PRN medications.</small>				
Signature	Date	Print Name	Print Title	Print Address

Por favor asegúrese de que el formulario tenga ambos la firma del padre/tutor y la firma/sello del médico/prescriptor.



Todos los medicamentos recetados DEBEN estar en un recipiente de farmacia debidamente etiquetado y específico para el medicamento enumerado y solo para ese estudiante. Un padre puede solicitar un recipiente de medicamento etiquetado adicional en su farmacia para poder transportar legalmente y administrar medicamentos de manera segura durante la estadía de su hijo en el Centro Ashokan.

- Proporcione solo la medicación suficiente para el viaje, más una dosis extra.
- Todos los medicamentos de venta libre (OTC) deben estar sin abrir, no vencidos y en su envase original. Se aceptan envases tipo blister sellados.

Cualquier medicamento que llegue sin órdenes válidas y/o empaquetado incorrectamente, es decir, bolsas con cierre hermético, contenedores no emitidos por la farmacia o contenedores de farmacia que contengan medicamentos distintos a los que figuran en la etiqueta. serán rechazados y devueltos a los representantes del colegio asistentes al viaje.

Si tiene alguna pregunta sobre la administración de medicamentos o necesita hablar con un miembro de nuestro equipo médico del Centro Ashokan, envíe un correo electrónico enfermera@ashokancenter.org

llame al (845) 657-8333
Extensión 21



PHYSICIAN & PARENT MEDICATION PERMISSION FORM

SCHOOL NAME: _____

STUDENT NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____

PHYSICIAN NAME: _____ PHONE NUMBER: _____

The following over-the-counter medications are available at The Ashokan Center, and can be administered as needed per label instructions by age and weight. **Absolutely, NO** over-the-counter or prescription medications, supplements, vitamins, or topical ointments can be administered without a physician **and** parent's signature in accordance with **New York State Education Law, Title 139, Section 6902.**

PROVIDER: Please, indicate approval for administration by circling yes or no in the space indicated.

Medications	Route	Dosage	Time and Indications	May be Administered
Children's Tylenol (Acetaminophen)	By mouth (elixir or tablets)	Per label instructions By age and weight	Every 4-6 hours PRN pain or fever > _____°F	Yes No
Children's Motrin (Ibuprofen)	By mouth (elixir, suspension or tablets)	Per label instructions By age and weight	Every 6-8 hours PRN pain or fever > _____°F	Yes No
Benadryl (Diphenhydramine)	By mouth (elixir, tablets or capsules) Apply topically	Per label instructions By age and weight	Every 6 hours PRN allergies, or insect bites	Yes No
Claritin (Loratadine)	By mouth (elixir, suspension, or tablets)	Per label instructions By age and weight	Once Daily, PRN for seasonal allergies	Yes No
Tums (Calcium Carbonate)	By mouth (tablets)	840 mg	Every 2 hours PRN acid indigestion	Yes No
Bacitracin Ointment	Apply topically	Bacitracin Zinc 500 U	Apply 1--3x Daily PRN minor cuts	Yes No
Antibacterial Ointment	Apply topically	Per label instructions By age and weight	Apply 1--3x Daily PRN minor cuts	Yes No
Hydrocortisone Cream 1%	Apply topically	Hydrocortisone 1%	Apply 3--4x Daily PRN skin irritation	Yes No
Calamine Lotion	Apply topically	Per label instructions	As needed PRN itching	Yes No

PROVIDER: Please document below current medication regimen including scheduled & PRN medications.

MEDICATION	ROUTE	DOSAGE	TIME	COMMENTS

Physician/ Provider Signature: _____ Date _____ License # _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date _____

OFFICE STAMP