



# STERLING HIGH SCHOOL

## HOME OF THE SILVER KNIGHTS

Elizabeth Donato, RN, BSN

501 S. Warwick Road

Somerdale, NJ 08083

Phone (856) 784-1333 x. 4239 FAX (856) 566-4195



TO: ENFERMERA DE LA ESCUELA

FROM: DR. \_\_\_\_\_ TEL #: \_\_\_\_\_

DIRRECCIÓN: \_\_\_\_\_

RE: NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

Este estudiante está bajo mi cuidado médico. Su tratamiento requiere administrar medicina al declarado abajo.

Permita que este paciente se adhiera lo más posible a su programa de medicamentos. Debe tomar el medicamento en la enfermería.

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS: \_\_\_\_\_

MEDICINA: \_\_\_\_\_ DOSIS: \_\_\_\_\_

PRECAUCIONES/EFFECTOS SECUNDARIOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DOCTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

Como padre (o tutor legal) de \_\_\_\_\_, una estudiante en Sterling High School, por la presente solicito a las autoridades escolares que permitan que mi hijola tome medicamentos durante el horario escolar según lo prescrito por Dr. \_\_\_\_\_.

Yo entiendo que el medicamento se traerá a la escuela con un permiso por escrito en el envase original.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA