



# 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\* \_\_\_\_\_

<b>Medicamento</b> _____	<b>Dosis</b> _____
<b>Ruta</b> _____	<b>Frecuencia</b> _____
<b>Hora</b> _____	
<b>Fecha de pedido</b> ____/____/____	<b>Fecha de discontinuación</b> ____/____/____
<b>Instrucciones específicas</b> _____	
<b>Posibles efectos secundarios</b> _____	
<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:

- Efectos secundarios especiales, contraindicaciones o posibles reacciones adversas que se observarán:  
\_\_\_\_\_
- Otros medicamentos que toma el estudiante: \_\_\_\_\_
- La fecha de la próxima visita programada o cuándo se le recomienda regresar al recetador:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_