

# ACADEMY LEARNING CENTER

EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY

145 Pergola Avenue, Monroe Township, N.J. 08831

Erik R. Solberg, Ph.D., BCBA-D  
Principal

Stacy L. Rieger, M.A.T., BCBA  
Vice Principal



Phone: (732) 605-9100  
Fax: (732) 605-9620

## AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS 2019-2020 Año escolar & Año escolar extendido 2020

**Instrucciones:** Si desea que se administre algún medicamento a su hijo(a) en la escuela durante el año escolar **2019-2020** debe completar y devolver este formulario a la oficina de la escuela. El medicamento puede ser traído a la escuela por el padre/guardián o entregarse al conductor del autobús escolar para dársela a un miembro del personal de ALC. Por favor, no envíe medicamentos en su hijo(a) en mochila o cualquier lugar que él o ella puede tener acceso a dicho medicamento. El medicamento debe enviarse en el envase original con el nombre del estudiante en la botella. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame al oficina de salud de ALC al 732-605-9100 ext. 4000. Esta autorización también puede ser enviada por medio de fax a la escuela al siguiente 732-605-9620

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

### Sección de Padres:

Por favor escriba los medicamentos que el estudiante recibe actualmente en casa:

1. \_\_\_\_\_  
(Medicamento) (Dosis) (Tiempo) (Propósito)
2. \_\_\_\_\_  
(Medicamento) (Dosis) (Tiempo) (Propósito)
3. \_\_\_\_\_  
(Medicamento) (Dosis) (Tiempo) (Propósito)

Doy permiso para que mi hijo(a) se le administre los medicamentos listados en la anteriormente durante la escuela. Voy a proveer el medicamento(s) en el frasco original para este uso.

Firma del Padre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Sección para el médico:

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Prescribo los siguientes medicamentos que han de administrarse al estudiante arriba mencionado durante el horario escolar:

1. \_\_\_\_\_  
(Medicamento) (Dosis) (Tiempo) (Propósito)
2. \_\_\_\_\_  
(Medicamento) (Dosis) (Tiempo) (Propósito)
3. \_\_\_\_\_  
(Medicamento) (Dosis) (Tiempo) (Propósito)

Firma del medico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Aprobación del inspector medicinal de ALC: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_