

ANGELICA INFANTE-GREEN
Commissioner

HARRISON PETERS
Superintendent



Providence Public School District
Health Office
797 Westminister Street
Providence, RI 02903
tel. 401.456-9318
Fax 401. 456-9276
www.providenceschools.org

Estimado Padre:

La Enfermera Escolar puede administrar un medicamento sin aspirina (Tylenol), a su hijo/a para aliviar el dolor o la fiebre, durante horas escolares.

Por favor, marque una opción:

() **Si**, administre para dolor o fiebre

() **No**, no administre ningún medicamento a mi hijo/a

Por favor, responda las siguientes preguntas relacionadas con su hijo/a:

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento _____ Salón # _____

Escuela: _____

Alergias: _____

Problemas médicos: _____

Medicinas que usa: _____

Otra información relacionada con su hijo/a que usted quiere que la Enfermera Escolar sepa:

YO, COMPRENDO QUE ESTA INFORMACIÓN PODRÁ SER COMPARTIDA Y DISCUTIDA CON EL PERSONAL ESCOLAR, SI ES NECESARIO. YO, DOY MI CONSENTIMIENTO AL PERSONAL ESCOLAR APROPIADO PARA COMUNICARSE E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CON EL MÉDICO DE MI NIÑO(A), DE SER NECESARIO.

Firma del Padre

Fecha