Lawrence Family Development Charter School

www.lfdcs.org

strengthening families…building community

Academy for Early Academic Preparation (K-1-Grade 1)
10 Railroad Street, Lawrence, MA 01841
Ph: 978.258.6210

Lower School (Grades 2-4)
34 West Street, Lawrence, MA 01841
Ph: 978.689.9863 * Fax: 978.689.8133

Upper School (Grades 5-8)
400 Haverhill Street, Lawrence, MA 01841
Ph: 978.738.0609 * Fax: 978.738.0634

Consent/Permission for Acetaminophen or Ibuprofen Administration

Name of student: _____DOB_____Grade_____

Address_____Home Telephone_____

I give my permission to the school nurse or her designee to supervise in the health office the self-administration of the following medications for my child:

Medication Order:

Diagnosis: Pain, headache, fever (Temperature >101degress F)
Medication: **Acetaminophen** (Tylenol)
Dosage: 325mg tablets 1-2 Route: by mouth Frequency: every 4-6 hours as needed
Duration: For the current school year Side effects: None in therapeutic doses
*Parent/Guardian Signature_____Date_____

Diagnosis: musculoskeletal pain, menstrual cramps, headache
Medication**: Ibuprofen** (Advil, Motrin)
Dosage: 200mg. tablets 1-2 Route: by mouth Frequency: every 6-8 hours as needed
Duration: For the current school year Side effects: None in therapeutic doses
*Parent/Guardian Signature_____Date_____

Licensed Prescriber: ***Joel Gorn M.D.*** School Physician

This student has the following allergies/medical conditions_____

This student is currently taking these other medications_____

Emergency Contacts:

Parent's Work telephone_____Cell Phone _____
Name of other person to call in emergency if parent is not available_____
Telephone _____

Lawrence Family Development Charter School

www.lfdcs.org

strengthening families…building community

Academy for Early Academic Preparation (K-1-Grade 1)
10 Railroad Street, Lawrence, MA 01841
Ph: 978.258.6210

Lower School (Grades 2-4)
34 West Street, Lawrence, MA 01841
Ph: 978.689.9863 * Fax: 978.689.8133

Upper School (Grades 5-8)
400 Haverhill Street, Lawrence, MA 01841
Ph: 978.738.0609 * Fax: 978.738.0634

Permiso/Consentimiento para la Administración de Acetaminophen o Ibuprofen

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento_____Grado_____

Dirección _____ Teléfono del Hogar _____

Le dio permiso a la enfermera de la escuela o asistente de salud para supervisar mientras mi hijo(a) se administra su medicamento:

Orden de Medicamentos:

Diagnóstico: Dolor, dolor de cabeza, fiebre (temperatura de 101 grados F)
Medicamento: **Acetaminophen** (Tylenol)
Dosis: 325mg. tabletas: 1-2 Medio: por la boca Frecuencia: cada 4-6 horas si es necesario
Duración: Durante el año escolar Efectos secundarios: ningunos si se usa la dosis indicada
*Firma del Padre o Encargado _____ Date _____

Diagnóstico: Dolores musculares, calambres menstruales, dolor de cabeza
Medicamento: **Ibuprofen** (Advil, Motrin)
Dosis: 200mg-tabletas: 1-2 Medio: por la boca Frecuencia: cada 6-8 horas si es necesario
Duración: Durante el año escolar Efectos secundarios: ningunos si se usa la dosis indicada
*Firma del Padre o Encargado _____ Date_____

Médico que receta el medicamento: ***Joel Gorn M.D.***, Medico Escolar

Este estudiante tiene las siguientes alergias/condiciones médicas_____

Este estudiante está actualmente tomando estos otros medicamentos_____

Contactos de Emergencia:

Teléfono del Trabajo de los Padres _____ Tel. Celular _____
Nombre de otra persona que podemos llamar en caso de emergencia si los padres no están disponibles
Nombre_____ Teléfono _____