



1145 Delsea Drive
Westville, NJ 08093
Tel: 856.848.4700
www.adsschool.org

ARCHBISHOP DAMIANO SCHOOL

Making a difference in the lives of our students

LANCE PARA ADMINISTRAR TYLENOL

AÑO ESCOLAR 2021 - 2022

Esta forma necesita ser completada totalmente por usted también como doctor de su niño(a). Esto se asegura de que cuando su niño no siente bien en la escuela la enfermera puede darle Tylenol lo mas antes posible.

Yo doy permiso a mi niño(a) _____ para recibir Tylenol o Tylenol como la medicación durante horas de la escuela según lo prescrito por su médico.

Padre

Firma del guardian: _____ : fecha: _____

Forma tiene que estar incluido la dosis, formas, tiempo, frecuencia y sea firmado por el médico de su niño para que la enfermera pueda administrar esta medicación.

PEDIDOS ESCRITOS S DEL MÉDICO' PARA TYLENOL

Nombre del estudiante: _____

Dosificación y

Frecuencia: Ruta del _____ : _____

Razón de

Administración: _____

Compruebe (☑): _____ del dolor

Malestar: _____

Temperatura del _____ de los grados del _____

Médico

Firma: _____ Fecha del 7/1/2021

Nombre del medico PRINTEADO: _____

Dirección: _____

Teléfono Número: _____