



PARENT/GUARDIAN AND PHYSICIAN REQUEST FOR MEDICATION

Name of Student: _____ Birthdate: _____

PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ YÊU CẦU CHO HỌC SINH UỐNG THUỐC MUA THEO TOA VÀ MUA TỰ DO

Điều Luật Giáo Dục California Khoản 49423 cho phép các nhân viên nhà trường được chỉ định không phải là một bác sĩ, y tá, hoặc nhân viên y tế, giúp cho những học sinh nào cần phải uống thuốc trong giờ học. Việc này giúp các học sinh được phép ở lại trường và để duy trì hoặc phát huy / khả năng tiếp nhận giáo dục và học tập của em.

Tôi yêu cầu cho con tôi uống thuốc theo lời hướng dẫn ghi trên toa của nhà cung cấp chăm sóc y tế của chúng tôi. Tôi hiểu rằng nhân viên nhà trường được chỉ định không phải là một bác sĩ, y tá, hoặc nhân viên y tế có thể cho uống thuốc theo chỉ định của bác sĩ. Tôi sẽ thông báo cho nhà trường ngay lập tức và nộp lại mẫu đơn mới nếu có thay đổi về thuốc, liều lượng, giờ giấc, và / hoặc bác sĩ được phép kê toa. Tôi cho phép các nhân viên y tế có thể trao đổi thông tin liên quan đến thuốc với bác sĩ. Các nhân viên y tế có thể cố vấn cho nhân viên thích hợp trong trường về thuốc và những phản ứng phụ có thể xảy ra.

Thuốc dự trữ phải được lưu giữ tại trường học dành cho trường hợp khẩn cấp. Tôi bỏ qua trách nhiệm dân sự của OCHS và nhân viên nhà trường nếu con tôi bị phản ứng không tốt của thuốc mà con em tôi tự dùng.

Chữ ký Phụ Huynh/Giám Hộ: _____ Ngày: _____

Điện Thoại: (Số Làm) _____ (Nhà) _____

AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

Medical Condition/Diagnosis: _____

Medication: _____ Dose: _____ Route: _____ Time: _____

If PRN: Amount of time between doses _____ Maximum number of doses _____ per day.

Possible medication reactions: _____

Instructions for emergency care _____

Authorized Health Care Provider

Signature: _____

Name (print clearly): _____

Telephone _____

Date of Request: _____

Date to Discontinue Medication: _____

Office Stamp



AGENCY USE:

Reviewed by: _____ Date: _____

This request is valid for a maximum of one year.