

PERMISSION FOR MEDICATION ADMINISTRATION AT SCHOOL

Student Name: _____

School: _____

In order for the school to administer any prescription or over-the-counter medication to your child, you must provide the school with written orders from your child's healthcare provider. All medications must be provided in their original container and labeled with your child's name. Please return this form to:

Name: _____

Title: _____

Phone/e-mail: _____

By signing this form, I give permission for my child's healthcare provider to share information about the administration of this medication with the school staff delegated to administer medications. I further authorize the school personnel delegated to administer medications to administer the medication(s) identified in the following section in accordance with my healthcare provider's instructions.

Parent/guardian's signature: _____

Printed name of parent/guardian: _____

Date: _____

This section must be completed by your healthcare provider

HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION

CHILD'S NAME:

Birth date:

Medication:

Dosage:

Route:

Administration time(s):

Start Date:

End Date:

Special instructions:

Any side effects to reported:

Signature of healthcare professional with prescriptive authority: _____

Printed name of healthcare professional: _____

Phone/e-mail: _____

Date: _____

GIẤY PHÉP QUẢN LÝ THUỐC TẠI TRƯỜNG HỌC

Họ tên học sinh:

Trường:

Để nhà trường cung cấp bất kỳ loại thuốc nào kê đơn hoặc không kê đơn cho con quý vị, quý vị phải cung cấp cho nhà trường các lệnh bằng văn bản từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con quý vị. Tất cả loại thuốc phải được cung cấp trong hộp đựng ban đầu của chúng và được dán nhãn với tên của con quý vị. Vui lòng gửi lại phiếu này cho:

Tên:

Chức danh:

Điện thoại/email:

Bằng cách ký tên vào biểu mẫu này, tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con tôi chia sẻ thông tin về việc sử dụng thuốc này với nhân viên nhà trường được cho phép quản lý thuốc. Tôi ủy quyền thêm cho nhân viên nhà trường được cho phép quản lý thuốc để sử dụng (các) loại thuốc được xác định trong phần sau theo hướng dẫn của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi.

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ:

Viết rõ tên của phụ huynh/người giám hộ:

Ngày:

- Phần này phải được hoàn thành bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị

SỰ CHO PHÉP CỦA NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ

TÊN HỌC SINH:

Ngày sinh:

Thuốc:

Liều lượng:

Tuyến đường:

(Các) thời gian quản lý:

Ngày bắt đầu:

Ngày kết thúc:

Hướng dẫn đặc biệt:

Bất kỳ tác dụng phụ nào được báo cáo:

Chữ ký của chuyên gia chăm sóc sức khỏe có thẩm quyền kê đơn:

Tên viết hoa của chuyên gia chăm sóc sức khỏe:

Điện thoại/email:

Ngày: