

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: _____

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОВ В ШКОЛЕ

Фамилия, имя учащегося:

Школа:

Для применения каких-либо рецептурных/безрецептурных препаратов во время школьных занятий администрации необходимо получить письменное распоряжение от лечащего врача Вашего ребенка. Все препараты должны находиться в оригинальной упаковке с этикеткой, на которой указано имя и фамилия Вашего ребенка. Форму необходимо вернуть:

Фамилия, имя:

Должность:

Телефон/электронная почта:

Своей подписью я даю согласие на раскрытие лечащим врачом моего ребенка информации о принимаемых им/ей лекарственных препаратах членам персонала, отвечающим за применение медикаментов в школе. Я также разрешаю уполномоченным членам школьного персонала применять нижеуказанные медикаменты в соответствии с инструкциями моего лечащего врача.

Подпись родителя/опекуна:

Имя, фамилия родителя/опекуна (печатными буквами):

Дата:

This section must be completed by your healthcare provider / Раздел заполняется лечащим врачом

HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION / РАЗРЕШЕНИЕ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА

CHILD'S NAME / ФАМИЛИЯ, ИМЯ РЕБЕНКА:

Birth date / Дата рождения:

Medication / Название препарата:

Dosage / Дозировка:

Route / Лекарственная форма:

Administration time(s) / Часы приема:

Start Date / Дата начала приема:

End Date/ Дата окончания приема:

Special instructions / Особые указания:

Any side effects reported / Побочные эффекты:

Signature of healthcare professional with prescriptive authority / Подпись лечащего врача, имеющего право

выписывать рецепты:

Printed name of healthcare professional / Фамилия, имя лечащего врача (печатными буквами):

Phone/e-mail / Телефон/электронная почта:

Date / Дата: