



**PARENT/GUARDIAN AND PHYSICIAN REQUEST FOR MEDICATION**

Name of Student: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_

**PARENT/GUARDIAN REQUEST FOR THE ADMINISTRATION OF MEDICATION  
PRESCRIPTION AND NONPRESCRIPTION**

California Education Code Section, 49.423 cho phép các nhân viên nhà trường không phải là một bác sĩ, y tá, hoặc trong lĩnh vực y tế, được hỗ trợ học sinh được yêu cầu phải dùng thuốc trong giờ học. Dịch vụ này được cung cấp để cho phép các học sinh được ở lại trường và để duy trì hoặc cải thiện / tiềm năng của mình cho giáo dục và học tập.

Tôi yêu cầu cho con tôi dùng thuốc phù hợp với hướng dẫn của nhà cung cấp chăm sóc y tế của chúng tôi. Tôi hiểu rằng chỉ định nhân viên nhà trường không phải là một bác sĩ, y tá, hoặc trong lĩnh vực y tế có thể hỗ trợ trong việc cho thuốc theo chỉ định của bác sĩ. Tôi sẽ thông báo cho nhà trường ngay lập tức và nộp lại mẫu mới nếu có đổi thuốc, liều lượng, thời gian của chính quyền, và / hoặc ủy quyền kê đơn nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe. Tôi cho phép các nhân viên y tế để trao đổi thông tin liên quan đến thuốc với các nhà cung cấp chăm sóc y tế có thẩm quyền. Các nhân viên y tế có thể tư vấn thích hợp nhân viên của trường liên quan đến thuốc và ảnh hưởng có thể của nó.

Thuốc dự trữ phải được lưu giữ tại trường học dành cho trường hợp khẩn cấp. Tôi phát hành Ochs và nhân viên nhà trường từ trách nhiệm dân sự nếu con tôi bị phản ứng bất lợi như một kết quả của thuốc tự điều hành.

Chữ ký phụ huynh/giám hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Telephone: (Số Làm) \_\_\_\_\_ (Nhà) \_\_\_\_\_

**AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION**

Reason for Medication/Physical Condition: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

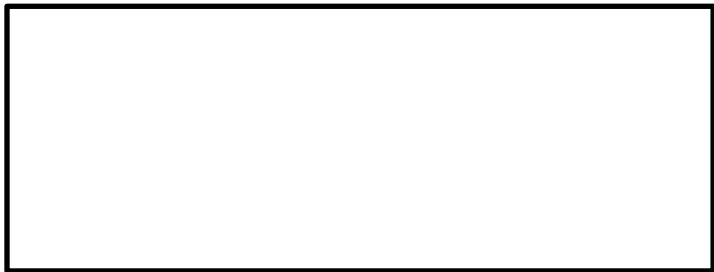
Name (print clearly): \_\_\_\_\_

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.**