

FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS

SERVIÇOS DE SAÚDE PARA OS ESTUDANTES

CARTA AOS PAIS - MEDICAMENTOS E PROCESSO

Caros Pais Ou Encarregado De Educação:

Gostaríamos de lhes informar da apólice, de segurança e de saúde para com os estudantes que necessitam de medicamentos durante o dia escolar.

O nosso distrito escolar requiere as seguintes formas referentes a saúde, na ficha de cada estudante.

- _____ 1. Uma forma assinada por um dos pais ou encarregado de educação a dar licença para a enfermeira dar o medicamento. Por favor assine a forma para ser entregue à enfermeira.
- _____ 2. O formulário do medicamento assinada. O formulário do medicamento tem que ser preenchido pelo médico ou enfermeira e devolvido à escola. Este formulário tem que ser renovado todos os anos no principio de cada ano escolar.
- _____ 3. O formulário para cuidados especializados. O formulário escrito para cuidados de saúde durante o dia escolar tem que ser preenchido e assinado pelo médico, e devolvido à enfermeira. Este formulário tem que ser renovado todos os anos no principio do ano escolar.

Os medicamentos devem vir para a escola por um dos pais, num envelope (fechado) da farmácia. Por favor peça ao farmaceutico para separar os medicamentos que vão para casa e os que vão para a escola.

Quando o/a seu/sua filho/a precisar de medicamento durante o dia escolar, precisamos de estar prontos com tudo o mais depressa possivel.

Obrigada pela sua colaboração.

A Enfermeira

O Número do Telefone

Junto: _____ Formulário para os pais
_____ O Formulário do Medicamento
_____ O Processo e o Formulário de Saúde

FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS

SERVIÇOS DE SAUDE PARA OS ESTUDANTES

Autorização dos Pais/Encarregado de Educação para Dar Medicamentos

Nome do estudante _____ Data de Nascimento _____

Pais/Encarregado de Educação _____

Telefones: Casa _____ Trabalho _____ Emergência _____

A pessoa que se deve notificar em caso de emergência:

Nome _____ Parentesco _____ Telefone _____

O/a meu/minha filho/a está a tomar os seguintes medicamentos (tem que preencher)

O/a meu/minha filho/a é alérgico: _____

Eu dou licença para que a enfermeira (medicamentos não receitados pelo médico sejam dados por qualquer pessoa designada pela enfermeira) possa dar o medicamento receitado pelo médico:

Nome do Médico

Eu dou licença para o/a meu/minha filho/a administrar o medicamento a si próprio, se a enfermeira determinar que está tudo bem:

_____ Sim _____ Não

Eu dou licença para a enfermeira partilhar informação referente ao medicamento, e à saúde, do/a meu/minha filho/a, logo que seja seguro.

Eu posso retirar o medicamento da escola a qualquer altura; contudo, o medicamento será destruído se ninguém o vier buscar dentro de uma semana depois da receita ter aspirado ou no ultimo dia escolar.

Pais/Encarregado de Educação _____ Data _____

ATENÇÃO: Todo o medicamento, incluindo o não receitado pelo médico tem que estar no escritório da enfermeira. Nenhum aluno tem licença de ter medicamentos em seu poder.

*FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS
STUDENT HEALTH SERVICES*

MEDICATION ORDER TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN

Name of Student _____ Date of Birth _____

Address _____ Grade _____
(street) (city/zip code)

Name of Licensed Prescriber _____

Business Phone Number _____ Emergency Phone Number _____

Medication _____

Route of Administration _____ Dosage _____

Frequency _____ Time(s) of Administration _____

(PLEASE NOTE: Whenever possible, medication should be scheduled during home hours)

Specific Directions or Information _____

Date of Order _____ Discontinuation Date _____

Diagnosis** _____

Other Medical Conditions** _____

Optional Information:

1. Special side effects, contraindications, or possible adverse reactions to be observed _____
2. Other medications taken by student ** _____
3. Consent for self administration (provided school nurse determines it is safe and appropriate) _____ YES _____ NO

Physician Signature

Date

** If not in violation of confidentiality

***** RETURN TO SCHOOL NURSE*****