

School Year: _____ School: _____ Fax: _____

Student Name: _____ Grade: _____ DOB: _____

This form **must be renewed annually, and if there are any changes in treatment or medication during the school year.**

Physician Authorization -- Complete Medication List Below Mark All That Apply

Inhaler inhaled by mouth for asthma symptoms, including shortness of breath, wheezing, coughing, chest tightness.

Albuterol Levalbuterol Other: _____ Dose: 2 puffs or 4 puffs

Repeat dose every ___ hours Use with spacer

Student to **carry medication and self-administer**. The health care provider has confirmed that the student is capable of appropriate self-administration of the above medication (inhaler).

Use 5 to 10 minutes before exercise Repeat dose in 10-15 minutes if symptoms have not resolved

My signature below provides authorization for the above orders. All procedures will be implemented in accordance with states laws and regulations. Specialized physical health care services may be performed by unlicensed designated school personnel under the training and supervision provided by the credentialed school nurse.

Physician Signature

Date

Phone

Fax

Clinic Stamp

家长/监护人同意

我申请允许我的子女在学校按照以上医疗提供方的说明服用药物。我授权准许学校人员按照以上医疗服务提供方的要求协助我的子女完成此服药过程。我了解，经过培训的非医疗人员可以协助或负责给药（教育法 49423 和 49480）。

我同意在 PAUSD、以上列出的医疗服务提供方以及以上处方药列出的药房之间，沟通和交流与医疗提供方书面声明或任何其他药物或给药问题有关的信息。

我了解并同意以下关于给药的责任：

1. 学生的处方药改动时，以及每学年开始时，必须更新本同意书。
2. 处方药必须放在带有药剂师或医疗提供方标签的容器内，并且不会过期。
3. 非处方药必须放在带有完整标签的原始容器内。
4. 必须由成年人将药物送至学校医务室，并取走任何过期或未使用的药物。
5. 如果学生将携带并自行使用肾上腺素自动注射器，家长/监护人将向学校医务室提供备份注射器，以免学生遗忘或无法使用自己的注射器。
6. 向学校工作人员提供药物前，家长/监护人必须完成分药工作。
7. 家长/监护人提供用于服药的所有材料或所需设备（如量勺）。
8. 除非学生、家长和医疗提供方授权，否则学生不得携带并自行服药。
9. 家长将通知学校，并为上述授权的任何改动提供新同意书。
10. 必须先获得医疗提供方的书面通知，然后才能进行以上授权的任何改动。
11. 我了解，如果发生严重哮喘反应，将致电 911。

家长/监护人签字

日期

电话

学生/家长同意携带并自行服药



Health Services
25 Churchill Avenue
Palo Alto, CA 94306
Tel. 650-833-3735 | Fax 650-833-4226

家长/监护人同意

我允许我的子女携带并自行服用签署的 HCP 指定的上述紧急或医疗必需药物。我同意，我的子女已接受相应培训，能够携带和自行服用此药物。如果我的子女因自行服用药物导致不良反应，我免除学区和学校人员在此类情况下的民事责任。我了解，如果我的子女不遵循通用注意事项，如果有人发现我的子女错误服用药物或使用医用品，如果让学生在校园携带/服用此药物导致不学生、员工或校园访客不安全，学区可撤销此携带和自行服药许可。

家长/监护人签字

日期

电话

学生同意

我，_____，将始终负责携带、服用和保管我的药物。

我同意完全按照医疗提供方的要求自行服用我的药物和/或管理医疗器械。我了解，该处方药必须放在带有药剂师或医疗提供方标签的容器。我了解，非处方药必须放在带有完整标签的原始容器内。我了解，此药物/设备仅供我个人使用，随身携带。我不会向其他学生展示或分享我的药物。如果药物丢失，我将立即报告负责人员。我了解，我负责维持药物供应，并在药物或用品用完后通知学校医务室。

学生签字

日期

