



School \_\_\_\_\_ School Year \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Student Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

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

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

**MEDICATION # 1**

Medication Name: \_\_\_\_\_ Strength: \_\_\_\_\_ Required Dose: \_\_\_\_\_

Reason for giving medication: \_\_\_\_\_

Tablet/Capsule     Liquid     Injection     Topical     Inhaler     Nebulizer

Time(s) to be given at school: \_\_\_\_\_  Daily     PRN    If PRN, frequency: \_\_\_\_\_

If PRN, for what symptoms: \_\_\_\_\_ Relevant side effects: \_\_\_\_\_

Medication shall be administered from: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ or  Remainder of school year

Additional Instructions: \_\_\_\_\_

**MEDICATION # 2 (If Needed)**

Medication Name: \_\_\_\_\_ Strength: \_\_\_\_\_ Required Dose: \_\_\_\_\_

Reason for giving medication: \_\_\_\_\_

Tablet/Capsule     Liquid     Injection     Topical     Inhaler     Nebulizer

Time(s) to be given at school: \_\_\_\_\_  Daily     PRN    If PRN, frequency: \_\_\_\_\_

If PRN, for what symptoms: \_\_\_\_\_ Relevant side effects: \_\_\_\_\_

Medication shall be administered from: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ or  Remainder of school year

Additional Instructions: \_\_\_\_\_

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 school nurse.

\_\_\_\_\_  
Physician Signature \_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Phone \_\_\_\_\_  
Fax Clinic Stamp

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. 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。
6. 家长/监护人提供用于服药的所有材料或所需设备（如量勺）。
7. 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用药。
8. 家长将通知学校，并为上述授权的任何改动提供新同意书。
9. 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。
10. 我了解，如果提供紧急医疗，将致电 911。

\_\_\_\_\_  
家长签字

\_\_\_\_\_  
电话

\_\_\_\_\_  
日期