

Escolas da Cidade de Marietta – Assistência com Medicação/Procedimento

Informações do Estudante

Primeiro Nome do Estudante: _____
 Sobrenome do Estudante: _____
 Idade: _____ Data de Nascimento: _____
 Escola _____ Professor(a) _____ Série _____
 Nome do País: _____ Telefone dos Pais: _____
 Nome do Medicamento/Procedimento _____
 Dose: _____ Programada: PRN:
 Hora: _____ Via (oral, injeção, etc.) _____
 Esta solicitação é válida a partir de (datas): _____ para _____

Informação Médica*

***Esta seção deve ser preenchida pelo médico provedor licenciado**

Possible side effects/comments: _____

Goal: _____

Vision and Hearing Screening to be included in plan of care

Provider's Name (print): _____

Provider's Signature: _____ Date _____

Provider's Phone: _____

Provider's Address: _____

Provider's NPI Number: _____

****Prescription medication must be in the original container from the pharmacy. Only the instructions for dosage and times for administration written on the container or received from the physician/provider will be followed. All prescription medications require physician/provider signature. All OTC medications given for more than 10 consecutive days will require physician/provider signature. Parents are responsible for personally collecting from school any unused portion of medication within one week after expiration of the medication and/or physician's order. Medication that is not personally collected by the parent/guardian will be destroyed.*

Autorização dos Pais/Responsáveis*

***Esta parte deve ser preenchida pelo pai/responsável autorizado**

Eu autorizo a equipe do Distrito Escolar de Marietta à ajudar meu filho(a) a tomar a medicação. Eu, por meio deste, libero e renuncio, e ainda concordo em indenizar, isentar, ou reembolsar as Escolas da Cidade de Marietta, membros individuais, agentes, funcionários e representantes dos mesmos, de e contra, qualquer reclamação que eu, qualquer outro pai/responsável, irmão(ã), estudante, ou qualquer outra pessoa, empresa, ou corporação possa ter ou alegar ter, conhecido ou desconhecido, direta ou indiretamente, por quaisquer perdas, danos ou lesões decorrentes de, durante ou em conexão com a administração deste medicamento/procedimento.

Assinatura dos Pais/Responsáveis _____ Data _____

Meu filho(a) recebe Medicaid/PeachCare para crianças. Eu entendo que o Sistema Escolar pode solicitar do Medicaid um reembolso parcial pela administração deste medicamento/procedimento e, por meio deste, autorizo o Sistema Escolar a cobrar pelos serviços acima. Se eu decidir que não quero mais que a Escola cobre o Medicaid, eu entendo que devo notificar a escola por escrito.

Assinatura dos Pais/Responsáveis _____ Data _____