



## San Juan Unified School District Authorization for Medication Administration

### مجوز برای تطبیق دوا/دارو

طبق بخش ۴۹۴۲۳ قانون آموزش و پرورش (تعلیم و تربیه)، دانش آموزانی که در جریان روز در مکتب/مدرسه نیاز یا ضرورت به دارو دارند (نسخه تجویز شده یا بدون نسخه از جمله اسپرین، داروهای سرماخوردگی و غیره) می توانند از پرستار مکتب/مدرسه یا سایر کارمندان تعیین شده در صورت که حوزه تعلیمی بیانیه کتبی از پزشک و والدین/سرپرست دانش آموز دریافت نمایند که در آن اجازه استفاده از دارو و کمک در تطبیق آن ذکر گردیده باشد، درخواست کمک نمایند. به جز از برخی از داروهای خودمراقبتی ("قلم تزریق اتوماتیک epinephrine"، "اله تطبیق دارو نفس تنگی" یا "انسولین") که برای استفاده شخصی مجاز است، دانش آموزان نمی توانند خود دارو را تطبیق یا داروهای بدون نسخه را هنگام که در ساحه ملکیت حوزه تعلیمی هستند، با خود داشته باشند.

مگر اینکه در غیر این صورت توسط یک برنامه آموزش فردی (IEP) یا بخش پلان ۵۰۴ اداره شود، تکمیل این مجوز و تطابق با تعهدات آن توسط والدین/سرپرست و دانش آموز، لازم است که امتیازات بخش ۴۹۴۲۳ را حفظ کند. علاوه بر این، طبق بخش ۴۹۴۸۰ آموزش و پرورش و این مجوز، کارمند حوزه تعلیمی آجاز دارد با داکتر/پزشک زیر تماس گیرد تا در مورد نگهداری مناسب، رسیدگی و یا تطبیق مناسب دارو، هر نوع سوالی، موضوعی یا نگرانی های ایمنی را مطرح کند و در مورد مجوز به آموزگاران و سایر کارکنانیکه که ممکن است دانش آموز را نظارت کنند، اطلاع دهد.

#### اطلاعات دانش آموز

سال تعلیمی: \_\_\_\_\_

نام دانش آموز: \_\_\_\_\_

تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ شناسه مکتب/مدرسه \_\_\_\_\_

مکتب/مدرسه: \_\_\_\_\_ کلاس: \_\_\_\_\_

#### اجازه والدین/سرپرست: به این ترتیب اجازه می دهم:

\_\_\_\_\_ پرسنل تعیین شده حوزه تعلیمی ممکن است با توجه به دستورالعمل طبیب/پزشک و تأییدیه زیر، به فرزند من در تطبیق دارو، نظارت و آزمایش، کمک کند.

\_\_\_\_\_ فرزند من ممکن است \_\_\_\_\_ قلم تزریق اتوماتیک epinephrine، \_\_\_\_\_ اله تطبیق دارو نفس تنگی، یا \_\_\_\_\_ انسولین را مطابق دستورالعمل پزشک و تأیید زیر، حمل یا استفاده کند.

من داروهای مجاز طبیب/پزشک را در ظروف تجویزی اصلی، با برجسب نام دانش آموز، نام طبیب/پزشک که دارو را تجویز نموده، نام دارو و مقدار مصرف آن را ارائه خواهم کرد. در صورتی که دارو بدون نسخه باشد، آن را در ظرف اصلی، خریداری شده تهیه خواهم کرد. من در روز آخر سال تعلیمی هر دارو باقی مانده را از مکتب/مدرسه خواهم گرفت.

من درک می کنم که بخش ۴۹۴۰۷ قانون آموزش و پرورش بیان میکند: "با وجود هر مقرر از هر قانون، هیچ حوزه تعلیمی، افسر حوزه تعلیمی، مدیر مکتب/مدرسه، طبیب/پزشک، یا شفا خانه/بیمارستان غرض درمان هر کودکی که در هر مدرسه ای در هر حوزه تعلیمی ثبت نام کرده اند، بخاطر درمان مناسب کودک بدون رضایت والدین یا سرپرست کودک زمانی که کودک در طول ساعت مدرسه بیمار یا آسیب دیده باشد، و نیاز به درمان صحی/پزشکی معقول داشته باشد و والدین یا سرپرست قابل دسترس نباشد، در برابر قانون مسول قرار نخواهد گرفت، مگر آنکه والد یا سرپرست قبلاً در حوزه تعلیمی اعتراض کتبی برای هر گونه درمان صحی/پزشکی به غیر از کمک های اولیه را درج نموده باشند" به حداکثر مجاز توسط بخش ۴۹۴۰۷ و قانون کالیفرنیا، من میدانم که من از ادعای احتمالی خود در برابر حوزه تعلیمی، افسران و کارمندان آن در رابطه به کمک آنها مطابق با این مجوز، صرف نظر میکنم.

یک فرم مجوز جدید باید تکمیل شود (۱) هنگامی که دارو یا مقدار مصرف تغییر می کند، یا (۲) در شروع یک سال تعلیمی جدید. من همچنین ممکن است در هر زمانی این مجوز را لغو کنم.

تاریخ: \_\_\_\_\_

نام والدین / سرپرست: \_\_\_\_\_

امضا: \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_

تماس اضطراری: \_\_\_\_\_ تلفن خانگی: \_\_\_\_\_

تلفن اضطراری: \_\_\_\_\_ تلفن همراه: \_\_\_\_\_

**Physician Authorization (To be completed only by a California physician issuing the prescription(s))**

**Patient/Student Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

**Date of Last Medical Evaluation:** \_\_\_\_\_

<b>Name of Medication:</b>	<b>Dosage/Method of Admin./Time of Day:</b>	<b>Discontinue:</b>
#1: _____	_____	_____
#2: _____	_____	_____
#3: _____	_____	_____
#4: _____	_____	_____

**Special Instructions/Storage/Administration Procedures/Precautions:** \_\_\_\_\_

#1: \_\_\_\_\_

#2: \_\_\_\_\_

#3: \_\_\_\_\_

#4: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ I authorize designated school district personnel to assist my patient with medication administration, monitoring, and testing according with these Instructions.

\_\_\_\_\_ I authorize my patient to carry and self-administer \_\_\_ an auto-injector epinephrine pen, \_\_\_ an asthma inhaler, or \_\_\_insulin according to instructions I have provided to my patient.

\_\_\_\_\_  
Print Name of Physician

\_\_\_\_\_  
Physician's Signature

\_\_\_\_\_  
Physician Telephone Number

\_\_\_\_\_  
Physician Facsimile Number

\_\_\_\_\_  
CA Medical License Number

NPI# \_\_\_\_\_

ORP \_\_\_ Yes \_\_\_ No

Date \_\_\_\_\_