



San Juan Unified School District

Разрешение на выдачу лекарства

В соответствии с разделом Кодекса об образовании 49423, если ученику необходимо принимать лекарства (по рецепту или без, в том числе аспирин, лекарства от простуды, и т.д.) в течение учебного дня, то он/она может получить помощь от школьной медсестры или другого назначенного сотрудника, если округ имеет письменное заявление от врача ученика и родителя / опекуна, разрешающее оказание помощи с выдачей препарата. За исключением некоторых самоуправляемых препаратов ("адреналиновый авто-инжектор", "ингалятор" или "инсулин") назначенных для личного использования, ученикам нельзя заниматься самолечением или иметь лекарства с или без рецепта на территории округа.

Если нет других указаний в индивидуальном плане или разделе плана 504, заполнение этого разрешения и соблюдение обязательств со стороны родителя / опекуна и ученика, должны выполняться согласно разделу 49423. Кроме того, в соответствии с разделом Кодекса об образовании 49480, сотрудник округа имеет право обратиться к врачу с любым вопросом, проблемой или беспокойством по поводу безопасности в отношении надлежащего хранения, обработки или введения лекарств и сообщать о решении другим учителям и сотрудникам, которые причастны к ученику.

Информация об ученике

Учебный год: _____

Имя ученика: _____

Дата рождения: _____

ID ученика: _____

Школа: _____

Класс: _____

Разрешение родителя / опекуна: Я разрешаю:

____ Сотрудник округа может помочь моему ребенку с администрацией лекарств, наблюдением и тестированием в соответствии с инструкциями врача и утверждением ниже.

____ Мой ребенок может носить и самостоятельно применять __ адреналиновый авто-инжектор, __ ингалятор для астмы, или __ инсулин в соответствии с инструкциями врача и утверждением ниже.

Я буду предоставлять лекарства, предписанные врачом в оригинальной упаковке, указав имя ученика, лечащего врача название лекарств, и дозировку. Медикаменты без рецепта будут находиться в оригинальной упаковке. Я заберу оставшиеся лекарства в последний день учебного года.

Я понимаю, что раздел Кодекса об образовании 49407 гласит: "Несмотря на положения любого закона, ни один школьный округ, администратор, врач или больница, оказавшая лечение любому ребенку из любой школы и округа, не несет ответственности за соответствующее лечение ребенка без согласия одного из родителей или опекунов, когда ребенок болен или ранен в ходе регулярных школьных занятий, требует своевременного лечения, и родитель/опекун вне доступа, если родитель или опекун не подали в округ письменное возражение любого лечения, кроме скорой помощи". На основании разрешения в разделе 49407 согласно законодательству штата Калифорния, я понимаю, что я отказываюсь от любого потенциального иска против округа, его должностных лиц и сотрудников относительно их помощи в соответствии с этим разрешением.

Новая форма для разрешения должна быть заполнена (1), когда меняются лекарства/дозы, или (2) в начале нового учебного года. Я также могу отозвать это разрешение в письменной форме, в любое время.

Дата: _____

Печатное имя родителя / опекуна: _____

Подпись: _____

Адрес: _____

Контакт для экстр. случая: _____ Дом.телефон: _____

Телефон для экстр. случая: _____ Моб.телефон: _____

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

Patient/Student Name: _____ **DOB:** _____

Date of Last Medical Evaluation: _____

Name of Medication:	Dosage/Method of Admin./Time of Day:	Discontinue:
#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 _____