



San Juan Unified School District Authorization for Medication Administration

إذن إعطاء وأداره الدواء

بموجب المادة ٤٩٤٢٣ من قانون التعليم، يمكن للطلبة الذين يحتاجون أو هم بحاجة الى دواء (مكتوب بوصفة طبية أو بدون وصفة طبية والتي تشمل الأسبرين، أدوية الزكام، وما الى ذلك) خلال اليوم الدراسي الحصول على مساعدة من ممرض المدرسة أو من موظف آخر معين إذا تلقت مديرية التربية والتعليم بيان مكتوب من طبيب وولي الأمر/ وصي الطالب يجيزون ويخولون استخدام الدواء والمساعدة في إعطائه. باستثناء أدوية معينة التي يتم أدارتها ذاتياً ("epi pen لحالات الحساسية الحادة"، "inhaler لفتح مجرى الأنف"، أو "الأنسولين لعلاج مرض السكري") المرخص لها بالاستخدام الشخصي، ولا يجوز لطلبة علاج أنفسهم أو امتلاك أي أدوية التي لا تحتاج الى وصفة طبية أو بوصفة طبية أثناء وجودهم في ممتلكات مديرية التربية.

الا إذا كان خاضعا الى خطة التعليم الفردي أو خطة القسم ٥٠٤، يعد أكمال هذا التفويض والامتثال لالتزاماته من قبل ولي الأمر / الوصي والطالب مطلوباً للحفاظ على الأمتياز الذي تمنحه المادة ٤٩٤٢٣. وبالإضافة الى ذلك، وفقا لقانون التعليم ٤٩٤٨٠ وهذا التفويض فأن موظف مديرية التربية والتعليم يكون مرخصاً ومسموح له للاتصال بالطبيب أذناه للحصول على أي سؤال أو مسألة أو مخاوف تتعلق بالسلامة وطريقة تخزين الدواء والتعامل معه وإعطائه بشكل صحيح وأبلاغ المعلمين وغيرهم من الموظفين الذين يشرفون على الطالب عن وجود هذا الترخيص.

معلومات الطالب

Student

أسم الطالب:

Student Name:

تاريخ الميلاد:

Date of Birth:

المدرسة:

School:

العام الدراسي:

School Year:

رقم الطالب المدرسي:

Student ID:

المرحلة الدراسية:

Grade:

آذن ولي الأمر/الوصي: بهذا أنا إذن:

_____ قد يساعد كادر مديرية التربية المخصص طفلي من خلال إدارة ومراقبة الدواء والفحص وفقاً لتعليمات وموافقة الطبيب أذناه.

_____ قد يحمل طفلي أو يتولى بنفسه _ حقن تلقائي لـ epinephrine pen لمعالجة الحساسية الحادة _ جهاز الاستنشاق للربو asthma inhaler أو علاج السكري insulin وفقاً لتعليمات وموافقة الطبيب أذناه.

وسوف أقوم بتوفير الدواء التي إذن ب الطبيب في علب الوصفات الطبية الأصلية، ومكتوب عليها اسم الطالب واسم الطبيب الذي وصف العلاج، اسم الدواء، والجرعة. إذا كان الدواء بدون وصفة طبية، فيجب توفيره في العلبة الأصلية التي تم شراؤها. سأقوم بأستلام كل ما تبقى من الدواء في اليوم الأخير من العام الدراسي.

أعلم بأن قانون التعليم المادة ٤٩٤٠٧ تنص على ما يلي: "على الرغم من أي حكم من أحكام القانون، لا تتحمل أي مديرية تربية أو مدير مدرسة أو طبيب أو مستشفى تعالج أي طفل مسجل في أي مدرسة في أي مديرية تربية مسؤولية تتطلب معالجة مناسبة للطفل دون موافقة ولي أمر الطفل أو الوصي على الطفل عندما يكون الطفل مريضاً أو مصاباً خلال ساعات دوام المدرسة الاعتيادية، ويتطلب علاجاً طبيياً مناسباً ولا يمكن الاتصال بولي الأمر أو الوصي، ما لم يكن ولي الأمر أو الوصي قد قام مسبقاً بتقديم اعتراضاً خطياً الى مديرية التربية على أي علاج طبي غير الاسعافات الأولية." الى أقصى حد تسمح به المادة ٤٩٤٠٧ وقانون ولاية كاليفورنيا، وأنا اعلم باني أتنازل عن أي ادعاء محتمل لدي ضد مديرية التربية، ومسؤوليها، والموظفين فيما يتعلق بمساعدتهم في الامتثال لهذا الإذن أو الترخيص.

يجب أكمال أستمارة الإذن الجديدة (١) عند وجود تغيير بالدواء أو الجرعة أو (٢) أثناء بدء العام الدراسي الجديد. يمكنني إلغاء هذا الإذن خطياً في أي وقت.

التاريخ:

أسم ولي الأمر/ الوصي:

التوقيع:

العنوان:

الأتصال في حالة الطوارئ:

رقم هاتف المنزل:

رقم هاتف في حالة الطوارئ:

رقم الهاتف الخليوي:

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 _____