

Escolas da Cidade de Marietta - Assistência com Medicamentos/Tratamentos

Pais / Responsáveis Por favor Complete Todos os Itens desta Seção

Primeiro Nome do Estudante: _____ Sobrenome do Estudante: _____
 Idade: _____ Data de Nascimento: _____
 Escola: _____ Professor(a): _____ Série: _____
 Nome dos Pais/Responsáveis: _____ Telefone dos Pais/Responsáveis: _____

Autorização Parental

Eu autorizo a equipe escolar das Escolas da Cidade de Marietta para auxiliar meu filho(a) a receber medicamento. Eu, por meio disso, libero e renuncio, e ainda concordo em isentar de responsabilidades ou reembolsar as Escolas da Cidade de Marietta, os membros individuais, agentes, funcionários, equipe escolar, e representantes, de e contra, qualquer reivindicação que eu, ou qualquer outro pai ou responsável, qualquer irmã(o), estudante, ou qualquer outra pessoa, empresa ou corporação possa ter ou alegar ter, conhecida ou desconhecida, direta ou indiretamente, por quaisquer perdas, danos ou ferimentos decorrentes de, durante, ou em conexão com a administração deste medicamento/tratamento. ☐ Sim ☐ Não

Meu filho(a) recebe Medicaid/Peach Care para Crianças. ☐ Sim ☐ Não Número _____

Eu entendo que o Sistema Escolar pode entrar com um pedido de reembolso parcial no Medicaid pela administração deste medicamento/tratamento e, por meio deste, eu autorizo que o Sistema Escolar possa cobrar pelos serviços acima. Seu eu decidir que não quero mais que a escola cubra a conta do Medicaid, eu entendo que eu devo notificar a escola por escrito. ☐ Sim ☐ Não

O abaixo assinado autoriza o médico nomeado abaixo que prescreveu o medicamento/tratamento a divulgar qualquer informação ao Conselho Escolar ou seu representante sobre o medicamento/tratamento a ser administrado. Eu, o abaixo assinado, autorizo que as Escolas da Cidade de Marietta possa divulgar informações pertinentes ao médico. ☐ Sim ☐ Não

Assinatura dos Pais/Responsáveis _____ Data _____

Pais/Responsáveis: Preencha Esta Seção para Medicamentos de Venda Livre Por Menos de 10 Dias Consecutivos.

*****Médico Deve Preencher e Assinar Esta Seção para Todos Medicamentos Prescritos e Medicamentos de Venda Livre Por Mais de 10 Dias Consecutivos.**

Nome do Medicamento/Tratamento _____
 Diagnóstico: _____
 Dose: _____ Tabela de Horários: ☐ Conforme Necessário (PRN): ☐
 Horário: _____ Via (oral, injeção, etc.) _____
 Objetivo Deste Medicamento/Tratamento: _____
 Esta solicitação é válida de (datas): _____ para _____
 Possíveis efeitos colaterais/comentários: _____
☐ Triagem de Visão e Audição a ser incluída no plano de cuidados
 Nome do Provedor (em letra de forma): _____
 Assinatura do Provedor: _____
 Data _____ Telefone do Provedor: _____
 Endereço do Provedor: _____
 NPI Número do Provedor: _____

****Medicamentos prescritos devem estar no recipiente original da farmácia. Somente as instruções de dosagem e horários de administração escritas no recipiente ou recebidas do médico/provedor serão seguidas. Todos os medicamentos prescritos exigem assinatura do médico ou do provedor. Todos os medicamentos de venda livre administrados por mais de 10 dias consecutivos exigirão assinatura do médico/provedor. Os pais/responsáveis podem retirar pessoalmente qualquer porção do medicamento não utilizados no período de uma semana após o vencimento do medicamento e/ou da ordem médica. Os medicamentos que não forem retirados pessoalmente pelos pais/responsáveis serão destruídos.*