

高级数学与科学学院特许学校

学生健康办公室信息表和非处方药家长许可 **2025-26**

请准确填写并及时将其交还给学校护士，因为如果需要紧急护理，这可能会陪伴您的孩子。

学生姓名：(姓) \_\_\_\_\_ (名字) \_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_ 性别：( ) 男 ( ) 女 ( ) 非二元性别

地址：\_\_\_\_\_ 城镇/城市：\_\_\_\_\_ 邮政编码：\_\_\_\_\_

学生的手机：\_\_\_\_\_ 主要语言：\_\_\_\_\_ 家里的主要语言：\_\_\_\_\_

学生和谁住在一起？ ( ) 父母双方 ( ) 父母一方 ( ) 父母共同抚养权 ( ) 其他 (监护人)

校舍内兄弟姐妹的姓名和年级：\_\_\_\_\_

交通：Bus \_\_\_\_\_ 家长接送up \_\_\_\_\_ 延长日间Program \_\_\_\_\_ 放学后Programs \_\_\_\_\_

如果发生医疗紧急情况，如果拨打 911，学校将尝试联系家长/监护人。请填写家长/监护人和医疗服务提供者联系信息。

主要联系人 #1：

主要联系人 #2：

名字：\_\_\_\_\_ 名字：\_\_\_\_\_

与学生的关系：\_\_\_\_\_ 与学生的关系：\_\_\_\_\_

手机：\_\_\_\_\_ 手机：\_\_\_\_\_

工作电话：\_\_\_\_\_ 工作电话：\_\_\_\_\_

雇主：\_\_\_\_\_ 雇主：\_\_\_\_\_

紧急联系人姓名 (必须是父母/监护人以外的人) 姓名：\_\_\_\_\_

与学生的关系：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_

医疗服务提供者姓名：\_\_\_\_\_ 办公室电话：\_\_\_\_\_

请列出您的学生目前正在服用的任何药物 - 在家中和/或学校，包括非处方药、处方药、草药/补充剂：

危及生命的过敏清单：( ) 食物 ( ) 昆虫/蜜蜂 ( ) 乳胶 ( ) 药物

如果是这样，请注明过敏：\_\_\_\_\_

请列出适用于您孩子的任何健康问题并解释 (药物/治疗)；列出专家姓名和电话 # (如果正在接受护理

( ) 身体限制，特殊设备 \_\_\_\_\_

我允许学校护士在需要时与适当的学校工作人员分享与我孩子的健康状况相关的信息，以满足我孩子的健康和​​安全需求。我允许与我孩子的初级保健医生交换信息，以进行转诊、诊断和治疗。( ) 是 ( ) 否

**2025-26 年非处方药 (OTC) 令的家长许可** 根据校医 Angela Hunt 博士签署的 AMSA 常规命令和协议，经家长或监护人的书面许可，下面列出的药物将在父母或监护人的书面许可下分配。您的孩子每学年最多可以接受三 (3) 剂非处方药 - 这些药物的使用频率非常低。如果您的孩子出现发烧或任何需要医疗提供者评估的疾病/或状况迹象，则不会配药。在提供药物之前，将使用其他止痛方法，例如冰敷/热敷、休息和补水/零食。任何每学年需要超过 3 剂的儿童都必须获得医疗服务提供者的命令。

我的孩子有权接受下面检查的药物。我知道只有在护士进行评估并确定合适后才会给予这种药物：

( ) 布洛芬 400 毫克 (根据学校医生的常规命令根据体重给药剂量)，用于缓解疼痛。

( ) 对乙酰氨基酚 650 毫克 (根据学校医生根据常规命令的体重给药剂量)，用于缓解疼痛

( ) **卡拉君**，用于局部皮肤应用以缓解瘙痒

( ) **凡士林** 适用于皮肤干燥、嘴唇干裂或小伤口护理。

( ) 当我的孩子服用一剂布洛芬或对乙酰氨基酚时，请通知我

家长/监护人签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

如果您的孩子在学校需要药物或特殊护理，请联系卫生办公室。在学校进行药物或治疗需要签署的医疗指示和家长许可表。

编辑于 6 年 3 月 25 日 MGW