

تعليمات لاستكمال نموذج تصريح الأدوية

يجب أن يكون لدى أي طفل يتناول أدوية أو فيتامينات أو مكملات غذائية نموذج تصريح الأدوية مكتمل وموقع من قبل مقدم رعاية صحية مرخص في كاليفورنيا (طبيب مرخص في ولاية كاليفورنيا، جراح، ممرض ممارس، ممرضة قابلة، طبيب أسنان، طبيب عيون، أخصائي علاج القدم، مساعد طبيب - وفقاً للوائح ولاية كاليفورنيا، العنوان S، القسم [أ] 601). لا يسمح القانون بالأدوية الدولية، بما في ذلك تلك القادمة من المكسيك، أو التراخيص من الأطباء المكسيكيين.

إذا كان طفلك يحتاج إلى أي من الأدوية المذكورة أدناه، يجب ملء وتوقيع نموذج تصريح الأدوية، وإلا لن يتمكن موظفو مدرسة كوياماكا للتعليم في الهواء الطلق من إعطائه الدواء بشكل قانوني:

- **الأدوية الموصوفة بشكل روتيني** بما في ذلك الحبوب والسوائل والمستنشقات والحقن
- **الأدوية الموصوفة في حالات الطوارئ** (على سبيل المثال، جهاز الاستنشاق، محقن الأدرينالين التلقائي (حاقن الإبينفرين الذاتي)، وفالتوكو، وباقسمي، وما إلى ذلك)
- **الفيتامينات**
- **مكملات غذائية**، بما في ذلك الميلاتونين والألياف والأعشاب والطب المثلي وغيرها.
- **الأدوية الروتينية غير الموصوفة/التي تصرف بدون وصفة طبية** وغير المدرجة في خلف نموذج تسجيل الطالب والمعلومات الصحية

جميع الأدوية الموصوفة طبيًا:

- يجب أن يتم إرسال جميع الأدوية الموصوفة طبيًا في العبوة الأصلية التي تحمل ملصقًا من صيدلية مرخصة في كاليفورنيا ويجب ألا تكون منتهية الصلاحية
- يجب أن يوضح الملصق الاسم الكامل للطفل (لا يمكن أن يكون دواء لشخص آخر من أفراد الأسرة)
- يجب أن تتضمن العبوة تفصيلاً كاملاً للجرعة، والشكل الدوائي (أقراص، سائل، إلخ)، ومواعيد الاستخدام، وطريقة تناول، والغرض من الدواء
- يجب أن تحمل الوصفة اسم الطبيب أو مُقدم الرعاية الصحية المرخص في كاليفورنيا والمُصرح له بوصف الدواء

جميع الأدوية والفيتامينات والمكملات غير الموصوفة طبيًا يجب أن تكون:

- مرسلة في العبوة الأصلية التي تم شراؤها من المتجر والتي تحمل الاسم والجرعة والتعليمات
- مُلصقة بالاسم الكامل للطفل والمدرسة (الكتابة على الحاوية أو استخدام شريط لاصق أو ملصق)

نعتذر عن عدم قدرتنا على قبول أو معالجة أي مواد تُرسل في أكياس بلاستيكية أو علب حبوب أو حاويات غير مُعلّمة، بما في ذلك علب تنكبير تناول الحبوب. يُرجى الامتناع عن وضع أي أدوية أو فيتامينات أو مكملات غذائية في حقيبة طفلك.

كيفية ملء نموذج تصريح الأدوية:

1. ابدأ بملء القسم العلوي من النموذج عن طريق كتابة:

- a. مدرسة الطفل
- b. تاريخ الحضور في مدرسة كوياماكا للتعليم في الهواء الطلق
- c. اسم الطفل الأخير
- d. اسم الطفل الأول
- e. تاريخ ميلاد الطفل

2. يجب استكمال الأقسام (أ-ج) من قبل مقدم رعاية صحية مرخص في ولاية كاليفورنيا (طبيب مرخص في ولاية كاليفورنيا، جراح، ممرض ممارس، ممرضة قابلة، طبيب أسنان، طبيب عيون، أخصائي علاج القدم، مساعد طبيب - وفقاً للوائح ولاية كاليفورنيا، العنوان S، القسم [أ] 601)، وذلك لأي أدوية يومية أو روتينية، أو فيتامينات، أو مكملات غذائية. يتعين على مُقدم الرعاية الصحية المرخص له بالتوقيع على النموذج.

3. يجب استكمال القسم (هـ) وتوقيعه من قبل ولي أمر الطالب أو الوصي القانوني عليه.

4. **القسم (د)** وجميع الأقسام باللون الرمادي مخصصة لاستخدام مدرسة كوياماكا للتعليم في الهواء الطلق فقط.

5. قم بتسليم نموذج تصريح الأدوية المكتمل والموقع مع دواء طفلك إلى مدرسة طفلك قبل **ثلاثة أسابيع** على الأقل من حضور طفلك للمدرسة للتعليم في الهواء الطلق.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بممرضة مدرسة طفلك أو الاتصال بمركز مدرسة كوياماكا للتعليم في الهواء الطلق الصحي على الرقم 760-765-4110. مع خالص الشكر، ونتمنى لطفلك زيارة ممتعة!



نموذج تصريح الأدوية

أمر بصرف الأدوية في مدرسة كوياماكا للتعليم في الهواء الطلق. يجب إرسال جميع الأدوية والفيتامينات والمكملات الغذائية في عواتبها الأصلية.

يجب استكمال الأقسام (أ-ج) وتوقيعها من قبل مقدم الرعاية الصحية مخصص في ولايت كاليفورنيا (طبيب مخصص في ولايت كاليفورنيا أو أخصائي علاج القدم مساعد طبيبي. وفقاً للوائح ولايت كاليفورنيا أو العنوان AS القسم 601) أو ذللاً لأدوية يومية أو وظيفية أو فيتامينات أو مكملات غذائية.

يجب استكمال القسم (هـ) وتوقيع من قبل ولي أمر الطالب أو الوصي القانوني عليه. القسم (د) وجميع الأقسام باللون الرمادي مخصصة لاستخدام مدرستي كوياماكا للتعليم في الهواء الطلق فقط.

مدرسة الطالب

Cabin
HG

تاريخ

الاسم الأخير للطالب

الاسم الأول للطالب

تاريخ الميلاد

القسم (د): لاستخدام مدرسة كوياماكا للتعليم في الهواء الطلق فقط													القسم (أ): يُستكمل بواسطة مقدم الرعاية الصحية	
رقم الدواء	تفاصيل الدواء / الفيتامين / المكمل الغذائي ومدة في ذللك الاسم العام للدواء		الإنشئين	الثلاثاء		الأربعاء		الخميس		الجمعة		تاريخ إعطاء الدواء بواسطة:		
	متنصف اليوم	مساءً		صباحاً	متنصف اليوم	مساءً	صباحاً	متنصف اليوم	مساءً	صباحاً	متنصف اليوم			
1	الجرعة (ملجم):													
	الشكل / الوقت:													
	طريقة تناول / السبب:													
	عدى الجرعة المستلمة:	عدى الجرعة المعطاة:												
2	الجرعة (ملجم):													
	الشكل / الوقت:													
	طريقة تناول / السبب:													
	عدى الجرعة المستلمة:	عدى الجرعة المعطاة:												
3	الجرعة (ملجم):													
	الشكل / الوقت:													
	طريقة تناول / السبب:													
	عدى الجرعة المستلمة:	عدى الجرعة المعطاة:												
4	الجرعة (ملجم):													
	الشكل / الوقت:													
	طريقة تناول / السبب:													
	عدى الجرعة المستلمة:	عدى الجرعة المعطاة:												
القسم (ب): تعليمات إضافية (يرجى إرفاق خطتها عايتها إذا لزم الأمر):														

القسم (ج): يُستكمل بواسطة مقدم الرعاية الصحية		القسم (هـ): يتعين على ولي الأمر / الوصي القانوني إكمال النموذج	
مقدم الرعاية الصحية		أمر من موظفي مدرسة كوياماكا للتعليم في الهواء الطلق بصرف الأدوية والفيتامينات والمكملات الغذائية المذكور أعلاه وإعطائها لطيفي حسيبة توجيهات مقدمي الرعاية الصحية المخصص.	
قمة الترخيص في كاليفورنيا		ولي الأمر / الوصي القانوني	
رقم الهاتف		رقم الهاتف	
التوقيع	لتاريخ:	التوقيع	التاريخ:
التوقيع والأحرف أو ولي لموظف مدرسة كوياماكا للتعليم في الهواء الطلق:		التوقيع والأحرف أو ولي لموظف مدرسة كوياماكا للتعليم في الهواء الطلق:	