MILWAUKEE PUBLIC SCHOOLS

نموذج موافق الأب على الأدوية بدون وصفة طبية

اسم الطالب: _____

الدواء: _____

الجرعة _____

وقت إعطاء الدواء _____

الفترة/المدة الزمنية لإعطاء الدواء _____

سبب إعطاء الدواء _____

إذا تجاوز طلب الأب للدواء الذي لا يستلزم وصفة طبية الجرعة العلاجية الموصى بها، فهذا يتطلب توقيع مقدم الرعاية الصحية المرخص على نموذج الموافقة على الأدوية/الإجراءات الطبية.

أنا المسئول عن إحضار الدواء (الأدوية) بوصفة طبية إلى المدرسة في عبوة أصلية معنونة من الصيدلاني. وأنا أدرك أيضًا أنني المسئول عن الحفاظ على كمية كافية من الدواء (الأدوية) في المدرسة. يترتب على عدم الالتزام بذلك حدوث وقف أو انقطاع عن إعطاء الدواء/الإجراء الطبي لطفلي. أنا أدرك أنه إذا رفض طفلي تناول الدواء (الأدوية) بوصفة طبية أو السماح بالإجراء الطبي، فسوف يستخدم موظفو المدرسة القوة لإجبار طفلي على الامتثال.

توقيع الأب/الوصيّ القانوني رقم الهاتف التاريخ: (شهر/يوم/سنة)