

JEFFERSON PARISH SCHOOLS

PARENT / GUARDIAN WRITTEN CONSENT FOR MEDICATION ADMINISTRATION

VĂN THƯ ỨNG THUẬN CỦA PHU HUYNH/GIÁM HỒ VỀ VIỆC QUẢN LÝ THUỐC

Tên học sinh _____ Ngày/Tháng/Năm sinh _____ Phái tính _____

Tên Phụ huynh/Giám hộ _____ Liên hệ _____

Vui lòng viết hoa

Địa chỉ _____ Điện thoại nhà _____

Điện thoại cơ quan - Mẹ _____ Cha _____ Điện thoại tay _____

Trường hợp khẩn cấp không thể liên lạc với Phụ huynh/ Giám hộ:

Điện thoại nhà _____ Cơ quan _____

Tên	Liên hệ
-----	---------

Điện thoại nhà _____ Cơ quan _____

Điện thoại nhà _____ Cơ quan _____

Tên	Liên hệ
-----	---------

Điện thoại nhà _____ Cơ quan _____

Con trai/gái của tôi đang dùng thuốc tại nhà, những tên thuốc sau đây:

Tên thuốc	Liều lượng	Thời gian
-----------	------------	-----------

Tên thuốc	Liều lượng	Thời gian
-----------	------------	-----------

3. _____

Tên thuốc	Liều lượng	Thời gian
-----------	------------	-----------

4. _____

Tên thuốc	Liều lượng	Thời gian
-----------	------------	-----------

Loại thức ăn/thuốc bị dị ứng:

Tôi cho phép Y-tá của trường hoặc người được chỉ định không có giấy chứng nhận được huấn luyện quản lý thuốc quyền phát thuốc men tại trường:

1. _____

Tên thuốc	Liều lượng	Thời gian	Thường lệ
-----------	------------	-----------	-----------

2. _____

Tên thuốc	Liều lượng	Thời gian	Thường lệ
-----------	------------	-----------	-----------

3. _____

Tên thuốc	Liều lượng	Thời gian	Thường lệ
-----------	------------	-----------	-----------

4. _____

Tên thuốc	Liều lượng	Thời gian	Thường lệ
-----------	------------	-----------	-----------

Toa thuốc cấp do _____ cho _____

Tên hoặc giấy phép của bác sĩ/nhân viên y tế

Tên của học sinh

Thông tin đặc biệt: _____

Tôi đã cho thuốc con của tôi lần đầu ở nhà theo phân lượng và đủ thời gian để quan sát về các phản ứng phụ trước khi yêu cầu nhân viên của trường học phát thuốc cho con tôi.

Tôi đã cho phép nhân viên Y-tá của trường học liên lạc với Bác sĩ của con tôi và trao đổi trực tiếp về những thuốc men khẩn cấp cho con em tôi.

Tôi đã cho phép Y-tá của trường chia sẻ những tin tức thích đáng cho nhân viên nhà trường (như các phản ứng phụ) liên quan đến việc quản lý thuốc đã được cho toa nếu Y-tá quyết định cần thiết cho sức khỏe và an toàn cho con gái/trai của tôi.

Tôi cho phép con trai / gái của tôi tự cho thuốc nếu Y-tá của trường nam / nữ quyết định việc cho thuốc này an toàn và thích nghi tại trường. Có Không

Tôi hiểu rằng tôi có thể tự lấy thuốc đã giao cho trường học bất cứ lúc nào và thuốc sẽ bị hủy bỏ nếu thuốc không lấy lại trong vòng 7 ngày sau khi lệnh của Y sĩ chấm dứt hoặc quá 7 ngày của niên học chấm dứt.

Tôi đã đọc, hiểu và đồng ý với LUẬT LỆ CỦA TRƯỜNG LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC DÙNG THUỐC Ở TRƯỜNG.

Ngày: _____ Ký tên: _____ Quan hệ: _____