

Consent for Medication Administration
نظام جيفرسون باريش نظام المدارس العامة
الأب / الواصى الموافقة الخطية لأجل إعطاء الأدوية

اسم الطالب _____ أريخ الميلاد _____ الجنس _____
اسم ولي الأمر / الواصى _____ العلاقة _____
يرجى طباعة _____
العنوان _____ هاتف المنزل _____
هاتف العمل _____ الأب _____ الصافرة / الهاتف المحمول _____

أشخاص آخرين يتم إخطار إذا كان الآباء / ولي الأمر غير متوفرين:

الاسم	العلاقة	هاتف المنزل	العمل
الاسم	العلاقة	هاتف المنزل	العمل

ابني / ابنتي يتلقى حاليا الادوية التالية في المنزل:

1.	الدواء	الجرعة	الوقت	2.	الدواء	الجرعة	الوقت
3.	الدواء	الجرعة	الوقت	4.	الدواء	الجرعة	الوقت

حساسية الغذاء / الادوية:

أنا هنا أعطى إذن مني الى ممرضة المدرسة او موظف فى المدرسة غير مرخص على إعطاء الاتى:

1.	الدواء	الجرعة	الوقت	2.	الدواء	الجرعة	الوقت
3.	الدواء	الجرعة	الوقت	4.	الدواء	الجرعة	الوقت

المنصوص عليها من _____ الى _____
اسم الطبيب _____ اسم الطالب _____
تعليمات خاصة:

لقد اعطيت الجرعة الأولى لطفلي وسمحت بوقت لملاحظة ردود الفعل السلبية قبل أن اسأل موظفي المدرسة لإعطاء الدواء.

أعطي إذن لممرضة المدرسة في الاتصال بطبيب طفلي واستخدام الاتصالات الإلكترونية بشأن الاحتياجات الطبية لطفلي.

أعطي الإذن إلى ممرضة المدرسة لمشاركة المعلومات مع العاملين في المدرسة (مثل اسم الدواء، و الآثار الجانبية الضارة) نسبة إلى إدارة الدواء الموصوف كما الممرضة تحدد ضروريا لصحة وسلامة ابني / ابنتي.

أعطي إذن لابني / ابنتي في إعطاء الدواء لذاتهم إذا قررت ممرضة المدرسة أنها آمنة ومناسبة في المدرسة. نعم _____ لا _____

أنا أفهم أنني قد استرد شخصا الدواء من المدرسة في أي وقت، وأنه سيتم التخلص من هذه الأدوية إذا لم يتم تحصيلها في غضون 7 أيام بعد انتهاء امر الطبيب أو 7 أيام بعد نهاية العام الدراسي الحالي.

لقد قرأت وفهمت و اوافق على سياسة الدواء المدرسية في دليل الطالب.

التاريخ: _____ التوقيع: _____ العلاقة: _____