

Ngày nhận biểu mẫu: _____

Người nhận: _____

Tài liệu này được dịch bằng trí tuệ nhân tạo và có thể chứa lỗi. Phiên bản tiếng Anh gốc là nguồn chính thức và có giá trị pháp lý, và bất kỳ sự khác biệt nào cũng không có giá trị ràng buộc pháp lý. Việc sử dụng bản dịch này hoàn toàn do người dùng tự chịu rủi ro, và một số yếu tố có thể không được dịch chính xác. Bản dịch này chỉ được cung cấp nhằm mục đích thuận tiện.

Yêu cầu và sự đồng ý cho việc sử dụng thuốc

Tên sinh viên: _____ Ngày sinh: ____/____/____ Mã số sinh viên: _____

Trường: _____ Giáo viên: _____ Lớp: _____

Dị ứng thuốc: _____ ☐ Không có tiền sử dị ứng thuốc

Giấy ủy quyền của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Thuốc: _____ Liều lượng: _____ Đường dùng: _____

Tình trạng bệnh cần dùng thuốc: _____

Thời gian dùng thuốc: _____ Ngày hết hạn của thuốc: _____

Thời gian quản lý: Từ _____ Đến _____ HOẶC ☐ Toàn bộ năm học

Tác dụng phụ đã biết/ Hướng dẫn đặc biệt: _____

Tên in hoa của bác sĩ: _____ Số điện thoại: (____)-____-____

Chữ ký của bác sĩ: _____ Ngày: _____

Giấy ủy quyền của cha mẹ/người giám hộ

Tất cả các liều thuốc đầu tiên phải được dùng tại nhà. Con bạn đã từng dùng thuốc này trước đây chưa? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Trả lại thuốc: Vui lòng cho biết bạn muốn nhận lại thuốc bằng cách nào.

*** Theo quy định, bất kỳ loại thuốc nào không được phụ huynh đến nhận trước ngày cuối cùng của năm học sẽ được y tá trường xử lý.

☐ ☐ Gửi về nhà trong cặp sách của con tôi

*** Các chất gây nghiện và bút tiêm EpiPen phải được cha mẹ/người giám hộ vận chuyển và sẽ không được phát hành cho sinh viên.

☐ ☐ Phụ huynh/người giám hộ sẽ đến phòng khám để nhận thuốc.

☐ ☐ Không trả lại thuốc. Vui lòng vứt bỏ những liều thuốc còn lại.

Bằng việc ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng:

- Tôi cho phép nhân viên được chỉ định của Học khu Pflugerville ISD sử dụng thuốc này theo hướng dẫn của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nêu trên và Chính sách về Thuốc của PfISD.
- Tôi đã đọc, hiểu và đồng ý tuân thủ Chính sách về Thuốc của Học khu Pflugerville ISD, có sẵn trên trang web của Dịch vụ Y tế.

* Xin lưu ý: Đơn đặt hàng phải được gia hạn mỗi năm học.*

Đã sửa đổi tháng 5 năm 2026

3. Tôi cho phép nhà trường liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được nêu ở trên để được hướng dẫn cách sử dụng thuốc này.

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ: _____ Ngày: _____

Danh mục thuốc

* Khi nhận hoặc trả lại thuốc cho phụ huynh *

Ngày	Đếm	Chữ ký của Counter	Chữ ký tắt của nhân chứng	Ngày	Đếm	Chữ ký của Counter	Chữ ký tắt của nhân chứng

Việc kiểm kê thuốc hàng tuần cần được ghi lại trong hệ thống Skyward.

Ghi chép và lưu trữ hồ sơ thuốc ngoại tuyến.

Ngày	Thời gian	Lý do	Chữ ký của y tá

Mã lý do:

COM = Thời gian máy tính ngừng hoạt động SUB = Y tá thay thế STU = Sinh viên điều dưỡng UAP = Nhân viên hỗ trợ không có giấy phép (được ủy quyền)

Thuốc được trả lại cho: _____ Ngày: _____

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ/Học sinh