



Форма разрешения на применение лекарственных препаратов Детские игры/Клуб Рыцари/Только для детей Факс 763-497-6584

Для студентов, нуждающихся в приеме лекарств во время обучения в нашей программе, требуется письменное разрешение.

- Короткий срок Лекарственный препарат (принимаемый менее 2 недель) должен быть подписан родителем или опекуном.
- Долгосрочная перспектива лекарственный препарат (принимаемый более 2 лет) недели Документ должен быть подписан родителем или опекуном И...ровиды.

Лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту, должны храниться в упаковках с этикеткой аптеки и именем вашего ребенка. При необходимости попросите фармацевта выдать вам отдельную бутылочку. Без рецепта Лекарственные препараты должны быть в оригинальной упаковке. Лекарства, принесенные в немаркированных флаконах, в пакетиках, не допускаются., и т. д., Лекарства, срок годности которых истек, не будут выданы студенту. Лекарства необходимо передать нашим сотрудникам, которые будут хранить их в нашем офисе.

Имя и фамилия ребенка: _____ Дата рождения _____ Класс _____
Имя лекарственного препарата _____ Диагноз _____
Дозировка _____ Способ применения _____
Время суток _____ Дата истечения срока действия _____
заказа _____

‘Я понимаю и разрешаю лечащему врачу моего ребенка передавать или предоставлять защищенную медицинскую информацию о моем ребенке, касающуюся данного лекарства, медсестре по работе с населением. Я запрашиваю и авторизовать Сотрудники Kids Play будут оказывать поддержку то Указанное выше лекарственное средство. Я освобождаю округ № 885 и его сотрудников от ответственности в случае возникновения каких-либо побочных реакций на это лекарственное средство.

Подпись родителя _____ Дата _____
Рровиды Имя и телефон число _____
Поставщик Подпись _____ Дата _____
(необходимо для рецептурных или длительно принимаемых лекарств)

Возвращаться тот Заполненную форму отправить в Kids Play или по факсу.это позвоните по номеру 763-497-6584 или отправьте электронное письмо по адресу Meganch@mystma.org