

ĐƠN YÊU CẦU SỬ DỤNG THUỐC ARLINGTON ISD

Hướng dẫn sau đây áp dụng đối với thuốc được uống tại trường:

Do số lượng học sinh trong trường và số lượng thuốc được phân phát, thuốc nên được phát tại nhà bất cứ khi nào có thể.

Không được sử dụng chất ma túy tại trường

Thuốc có thể được phân bởi người không có giấy phép

Phụ huynh hoặc người giám hộ phải mang thuốc đến phòng khám trong trường hợp cần đưa ra hướng dẫn đặc biệt hoặc giải thích

Liều thuốc đầu tiên của bất cứ loại thuốc nào phải được phân tại nhà để quan sát các phản ứng phụ

Mất cả các loại thuốc đều cần có chữ ký của phụ huynh

Mất cả các loại thuốc kê toa của học sinh mọi cấp lớp đều phải có chữ ký của bác sĩ

Thuốc không kê toa của học sinh tiểu học phải có chữ ký của bác sĩ.

Thuốc phải được giữ trong ngăn tủ có khóa của phòng khám. Không đặt liều thuốc trong hộp ăn trưa hay ba-lô để tự uống

Thuốc phải được giữ trong vỉ/hộp ban đầu và phải có nhãn đúng bằng tiếng Anh. Chỉ những loại thuốc được phê chuẩn sử dụng trong nước Mỹ mới được phân phát.

Chỉ gửi đủ liều lượng thuốc cần thiết cho học sinh tại trường. Không thể gửi thêm thuốc cho học sinh mang về nhà. (trừ thuốc dạng hít)

Thuốc không sử dụng đến phải được người lớn thu gom vào ngày cuối cùng ở trường, nếu không, thuốc sẽ bị hủy.

Thuốc hết hạn không được người lớn thu gom trong vòng 30 ngày sẽ bị hủy.

Thuốc vi lượng đồng cân, thực phẩm bổ sung vào chế độ ăn uống, thực phẩm bổ sung thảo dược và tinh dầu sẽ chỉ được cung cấp theo Chính sách Hội đồng Arlington ISD

Với chữ ký tại đây, tôi yêu cầu thuốc này do nhân viên trường học phân phát. Tôi xác nhận rằng tôi sẽ không khiến cho Hội đồng Chương quản Arlington ISD và/hoặc nhân viên Khu chịu trách nhiệm về bất kỳ tổn thất hay thương tích nào do việc uống thuốc, sử dụng thực phẩm bổ sung vào chế độ ăn uống, thực phẩm bổ sung thảo dược và tinh dầu này.

Ủy quyền của Phụ huynh/Người giám hộ dành cho Nhân viên Nhà trường để Trao đổi Thông tin Y tế: Tôi ủy quyền cho người được chỉ định của Khu, bao gồm cả chuyên gia y tế và UAP của Khu, để chia sẻ/thu thập thông tin liên quan đến sức khỏe của học sinh của tôi với chuyên gia y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ Chăm sóc sức khỏe được xác nhận để lên kế hoạch, thực thi hoặc làm rõ các hành động cần thiết trong việc quản lý các dịch vụ liên quan đến y tế của trường, ví dụ nhưng không bị hạn chế bởi: chăm sóc khẩn cấp, chăm sóc đối với trường hợp chẩn đoán đã được ghi tài liệu, trị liệu y tế như được nêu trong kế hoạch IHP 504 của học sinh, IEP hoặc đơn AISD về yêu cầu dịch vụ y tế trường học khác. Bằng việc ký tên vào Đơn ủy quyền, tôi sẵn sàng xác nhận rằng thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo Đơn ủy quyền này có thể bị người được chỉ định được ủy quyền tại đây và (những) người mà người được chỉ định đã giao tiếp, tái tiết lộ và thông tin đó sẽ không còn được bảo vệ theo luật HIPPA. Tại đây tôi cũng miễn trừ bất kỳ Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe nào hành động dựa trên đơn Ủy quyền này khỏi mọi trách nhiệm có thể phát sinh từ việc cung cấp Thông tin Sức khỏe có Nhận dạng Cá nhân của con tôi. Dịch vụ y tế liên quan đến trường học được mô tả tại đây không được cung cấp cho học sinh không nhận được sự đồng thuận cần thiết từ phía phụ huynh/người giám hộ, theo như được nêu trong tài liệu này.

Họ _____ Tên _____ ID # _____ Lớp _____
Chữ ký Phụ huynh _____ Ngày _____
Số điện thoại di động _____ Số điện thoại làm việc _____
Số điện thoại nhà riêng _____ Email _____

INFORMATION BELOW THIS POINT MUST BE COMPLETED IN ENGLISH

Medication Name	Dose	Route	Time(s) to Give

One medication per form

Physician Signature _____ Date _____
Physician Printed Name _____ Phone _____ Fax _____
Condition for which medication is being given: _____
Allergies/ Special Instructions: _____

For Clinic Use Only

Initial Intake Count _____ Signature _____ Signature _____