

YÊU CẦU THUỐC TÁC DỤNG NHANH CỦA ARLINGTON ISD

Những học sinh cần luôn mang theo thuốc tác dụng nhanh bên mình có thể được phép tự mang thuốc miễn là chúng có khả năng biết cách sử dụng thuốc an toàn và có khả năng chịu trách nhiệm về loại thuốc đó.

Tôi yêu cầu cho con mình được phép tự mang và tự sử dụng thuốc theo yêu cầu của bác sĩ trên đơn này. Bằng việc ký tên, tôi xác nhận rằng:

1. Con tôi biết được tên và liều lượng sử dụng thuốc
2. Con tôi biết được mục đích sử dụng thuốc
3. Con tôi có thể tự biết cách uống thuốc đúng cách để đạt được hiệu quả thích hợp với liều lượng thuốc được phát chính xác thích hợp
4. Con tôi hiểu được cách giữ thuốc an toàn
5. Con tôi hiểu rằng không ai ngoài (các) con được sử dụng thuốc của con. Cho phép bất cứ ai sử dụng thuốc sẽ khiến cho (các) con bị hủy bỏ đặc quyền tự mang thuốc và có thể dẫn đến hình thức kỷ luật.
6. Con tôi hiểu được khi nào thì báo cáo cho phòng khám trường học về tình trạng của mình
7. **Tôi sẽ cung cấp cho phòng khám của trường liều thuốc của con tôi để dự phòng trong trường hợp khẩn cấp**
8. 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 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

Student should report to the school clinic if medication is needed more than _____time(s) during the school day.

I affirm that this student knows when they should use their medication and can self-administer the medication safely and effectively.

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 _____