

Dùng mẫu này để ghi chi tiết về thuốc uống và/hoặc quy trình y tế của học sinh của bạn để được kiểm soát tại trường sau đó gửi lại cho Chuyên Viên Phòng Y Tế. Chuyên Viên Phòng Y Tế sẽ liên hệ với bạn để trao đổi về thuốc/tiện ích y tế. Nếu có nhiều yêu cầu, vui lòng điền thông tin vào nhiều mẫu yêu cầu tương ứng.

Phần 1: Thông Tin về Học Sinh và Phụ Huynh/Người Chăm Sóc | Do phụ huynh/người chăm sóc của học sinh hoàn thiện.

Tên Gọi của Học Sinh:	Tên Họ của Học Sinh:	Lớp:
Tên Trường:	Ngày Sinh của Học Sinh:	
Tên Gọi của Phụ Huynh:	Tên Họ của Phụ Huynh:	
Thư Điện Tử của Phụ Huynh:	Số Điện Thoại của Phụ Huynh:	

Tôi theo đây yêu cầu và ủy quyền cho Chuyên Viên Phòng Y Tế được kiểm soát quá trình điều trị/dùng thuốc theo chỉ định của người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấp phép cho học sinh có tên trong Phần 1. Tôi hiểu rằng:

- Tôi chịu trách nhiệm mang thuốc/tiện ích y tế cần thiết tới trường cho Chuyên Viên Phòng Y Tế.
- Thuốc/tiện ích y tế sẽ được bảo quản ở nơi an toàn tại trường. Chuyên Viên Phòng Y Tế sẽ không chịu trách nhiệm nếu thuốc/tiện ích y tế bị mất.
- Trong vòng một tuần kể từ khi hết hạn thuốc/tiện ích y tế và/hoặc trong vòng một tuần kể từ khi kết thúc năm học, tôi phải thu lại những gì chưa được sử dụng hoặc chúng sẽ bị tiêu hủy.
- Nhà Trường hoặc Chuyên Viên Phòng Y Tế sẽ không chịu trách nhiệm nếu học sinh tự ý đi điều trị/dùng thuốc không theo ủy quyền.
- Nếu có thay đổi về tình hình sức khỏe hoặc kế hoạch điều trị của học sinh, tôi sẽ ngay lập tức thông báo cho nhà trường và chuyên viên phòng y tế theo như quy định tại § 38-651.03, Quy Chế Chính Thức của DC.
- Kế hoạch điều trị và dùng thuốc phải được cập nhật thường niên và khi có thay đổi về tình hình sức khỏe hoặc yêu cầu điều trị của học sinh.
- Tôi theo đây xác nhận rằng Quận, các trường trực thuộc, nhân sự, đại lý không phải chịu trách nhiệm dân sự cho các trường hợp bỏ sót theo Luật DC 17107 trừ trường hợp liên quan đến hình sự, cố ý sai phạm hoặc tái phạm.

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Chăm Sóc: _____ Ngày: _____

Part 2a: Student's Medication Plan | To be completed by licensed health care provider.

Diagnosis:	End date for school administration of this medication:
This medication is: <input type="checkbox"/> New; the first dose was given at home on date and time: _____ <input type="checkbox"/> Renewal <input type="checkbox"/> Change	
Is this a standing order? <input type="checkbox"/> Yes, epinephrine auto injector 0.15 mg: refer to anaphylaxis plan <input type="checkbox"/> Yes, other: _____	
<input type="checkbox"/> Yes, epinephrine auto injector 0.3 mg: refer to anaphylaxis plan <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Yes, albuterol sulfate 90 mcg/inh: refer to asthma action plan	
Name and strength of medication:	Dose/route:
Time and Frequency at School (e.g. 10am and 2pm every day; as needed if standing order)	
If a reaction can be expected, please describe:	
Additional instructions or emergency procedures:	

Part 2b: Student's Medical Procedure Treatment Plan | To be completed by licensed health care provider.

Diagnosis:	This procedure is: <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Renewal <input type="checkbox"/> Change
Treatment:	
When should treatment be administered at school? (e.g. 10am and 2pm every day)	
End date for school administration of this treatment:	
Additional instructions or emergency procedures:	

Has the student's Universal Health Certificate form been updated to reflect new health concerns? Yes No

Licensed Health Care Provider Office Stamp	Provider Name:
	Provider Phone:
	Provider Signature:
	Date:

OFFICE USE ONLY | Medication and/or treatment plan received by Health Suite Personnel.

Name:	Signature:	Date:
--------------	-------------------	--------------