

PERMISSION FOR MEDICATION ADMINISTRATION AT SCHOOL

Student Name: _____

School: _____

In order for the school to administer any prescription or over-the-counter medication to your child, you must provide the school with written orders from your child's healthcare provider. All medications must be provided in their original container and labeled with your child's name. Please return this form to:

Name: _____

Title: _____

Phone/e-mail: _____

By signing this form, I give permission for my child's healthcare provider to share information about the administration of this medication with the school staff delegated to administer medications. I further authorize the school personnel delegated to administer medications to administer the medication(s) identified in the following section in accordance with my healthcare provider's instructions.

Parent/guardian's signature: _____

Printed name of parent/guardian: _____

Date: _____

This section must be completed by your healthcare provider

HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION

CHILD'S NAME:

Birth date:

Medication:

Dosage:

Route:

Administration time(s):

Start Date:

End Date:

Special instructions:

Any side effects to reported:

Signature of healthcare professional with prescriptive authority: _____

Printed name of healthcare professional: _____

Phone/e-mail: _____

Date: _____

اسکول میں دوا لینے کی اجازت

طالب علم کا نام: _____

اسکول: _____

اسکول کی جانب سے آپ کے بچے کو کوئی بھی نسخہ یا بغیر پرچی کے دوا دینے کے لیے، آپ کو اسکول کو اپنے بچے کے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے سے تحریری احکامات فراہم کرنا چاہیے۔ تمام ادویات کو ان کے اصل کنٹینر میں فراہم کیا جانا چاہیے اور آپ کے بچے کے نام کے ساتھ لیبل لگا ہوا ہونا چاہیے۔ برائے مہربانی یہ فارم کو واپس کریں:

نام: _____

ٹائٹل: _____

فون/ای میل: _____

اس فارم پر دستخط کر کے، میں اپنے بچے کے صحت کی دیکھ بھال فراہم کنندہ کو اجازت دیتا ہوں کہ وہ اس دوا کے استعمال کے بارے میں معلومات کو اسکول کے عملے کے ساتھ اشتراک کرے جو دواؤں کے دینے کے لیے تفویض کیے گئے ہیں۔ میں اپنے صحت کی دیکھ بھال فراہم کنندہ کی ہدایات کے مطابق درج ذیل سیکشن میں شناخت کی گئی دواؤں (دواؤں) کو دینے کے لیے تفویض کئے گئے اسکول کے عملے کو دواؤں کو دینے کے لیے مزید اختیار دیتا ہوں۔

والدین/سرپرست کے دستخط: _____

والدین/سرپرست کا پرنٹ شدہ نام: _____

تاریخ: _____

یہ سیکشن آپ کے صحت کی دیکھ بھال فراہم کنندہ کے ذریعہ مکمل کیا جانا چاہیے

صحت کی دیکھ بھال فراہم کنندہ کی اجازت

بچے کا نام: _____

تاریخ پیدائش: _____

دوا: _____

دوا کی خوراک: _____

راستہ: _____

دینے کا وقت (اوقات) _____

آغاز کی تاریخ: _____

آخری تاریخ: _____

خصوصی ہدایات: _____

رپورٹ کئے جانے والے کوئی بھی ضمنی اثرات: _____

نسخہ اختیار کے ساتھ صحت کی دیکھ بھال کرنے والے پیشہ ور کے دستخط: _____

صحت کی دیکھ بھال کرنے والے پیشہ ور کا پرنٹ شدہ نام: _____

فون/ای میل: _____

تاریخ: _____