

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: _____

विद्यार्थीलाई विद्यालयमा औषधि दिने अनुमति

विद्यार्थीको नाम: _____

विद्यालय: _____

विद्यालयले तपाईंका बच्चालाई प्रिस्क्रिप्शन औषधिहरू वा प्रिस्क्रिप्शन बिना पाइने औषधिहरू दिनका निम्ति, तपाईंले विद्यालयलाई आफ्ना विद्यार्थीको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले दिएको लिखित आदेश प्रदान गर्नु पर्दछ । सबै औषधिहरू सुरुमा जुन बट्टा/भाडामा थियो त्यही बट्टामा हुनु पर्दछ र त्यसमा तपाईंका विद्यार्थीको नाम लेखिएको हुनु पर्दछ । कृपया यो फाराम निम्न व्यक्तिलाई फिर्ता पठाउनुहोस्:

नाम: _____

पद: _____

फोन/इमेल: _____

यो फाराममा हस्ताक्षर गरेर, म मेरो विद्यार्थीको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई औषधि दिन जिम्मेवार विद्यालयका कर्मचारीलाई औषधि कसरी दिने भन्ने जानकारी प्रदान गर्न अनुमति दिन्छु । साथै, म औषधि दिन जिम्मेवारी विद्यालयका कर्मचारीलाई निम्न खण्डमा पहिचान गरिएका औषधिहरू दिन अनुमति दिन्छु, यी औषधिहरू मेरो स्वास्थ्य सेवा प्रदायकका निर्देशनहरू अनुसार प्रदान गरिन्छ ।

आमाबाबु/अभिभावकको हस्ताक्षर: _____

आमाबाबु/अभिभावकको स्पष्टसँग लेखिएको नाम: _____

मिति: _____

यो खण्ड तपाईंका स्वास्थ्य सेवा प्रदायकद्वारा पूरा गरिनु पर्दछ

स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको अनुमति

बच्चाको नाम:

जन्म मिति:

औषधिहरू:

मात्रा:

माध्यम:

दिने समय:

सुरुवात मिति:

सकिने मिति:

वशेष निर्देशनहरू :

औषधिहरूको नकारात्मक असर:

प्रिसक्रिप्शन दानि अधिकारप्रात स्वास्थ्यकर्मीको नाम:

स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको स्पष्टसँग लेखिएको नाम:

फोन/इमेल:

मिति: