

Complete por favor una forma para cada medicina / el procedimiento médico
(La autorización para la administración de la medicina / los procedimientos médicos a estudiantes durante las actividades en escuela).



Las escuelas públicas de Atlanta Public Schools
La administración de la medicina / procedimientos médicos

Nombre del estudiante _____ Salon _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono# _____ Emergencia# _____

Dirección _____

Medicina/procedimientos / médicos _____ Diagnóstico _____

La fecha de empazar la medicina / elprcedimiento médico _____

Los requisitos del médico de la dosis / El método de la administración / el equipo médico _____

El estudiante es capaz y recomendó para poser, y ser-administra esta medicina / el procedimiento médico:

NO _____ Si-Supervisado _____ Si-Sin Supervisado _____

El tiempo la medicina deberá ser proporcionada diariamente _____

Las precauciones, los efectos posibles del lado, las intervenciones _____

Endrogo / alergias de alimento _____

La fecha de la terminación para administrar la medicina _____

Nombre de médico _____

Dirección de médico _____

Teléfono No. _____

Firma de médico _____ Fecha _____

- *Padre / guardián por firma debajo de reconoce que la escuela proporciona para la administración de la medicina / el procedimiento médico como una cortesía a los padres / guardián y concuerda en tener la escuela y el sistema escolar inocuo en su tan haciendos.*
- *Adicionalmente, la autorización se otorga para obtener pertiente médico y o las copias de los registros que pertenecen a mi medicina del niño y para esta información para ser compartido con el personal pertinente como necesitado..*
- *Entiendo que efectivo el 14 de abril de 2003, bajo la Transportabilidad de Seguro de enfermedad y Responsabilidad Actúa ("HIPPA") la revelación de cierta información médica se limita. Sin embargo, yo en esto autorizo la revelación de información para la provisión de servicios para mi niño. Esta autorización expira al el último día de este año escolar.*

Firma de padres / guardians _____ Fecha _____

Revisado por: _____ Fecha _____

Directora

Escuela

La distribución: Dispensario – carpeta personal del estudiante – padres / guardianes - Servicios médicos