



健康服务

药物/治疗授权表

除非用药时间表无法调整以便父母/监护人在家负责给药，才安排在校上课期间给予药物/治疗。

学生姓名：_____ 出生日期：_____ 年级：_____

学校名称：_____ 教师：_____

以下部分由父母或法定监护人填写：

列出儿童的健康状况和过敏情况：_____

药物名称：_____ 剂量：_____

剂型：_____ 给药途径：_____ 到期日期：_____

给药量：_____ 给药时间：_____

开处方医生姓名：_____

治疗疾病或症状：_____

给药日期：

开始日期：_____ 至学年结束，除非此处另行说明：_____

处方药的药瓶上**必须**带原始有效期、未更经改处方标签；且标签应注明儿童姓名、药物、剂量、给药频率、医生姓名、药房名称和电话号码。

非处方药**必须**适合其年龄，并放在原始有效期（商店标签）的包装内，且标有学生姓名。未经医生许可，药物剂量不得超过药物标签所指定的剂量。未经医生许可，不得给予阿司匹林、阿司匹林产品和/或自然疗法产品。

本人特此授权学校护士、校长或经过培训的学校指定工作人员在本人子女上学期间和放学之后参加学校官方活动期间协助给予处方药和/或治疗 (F.S.1006.062)。本人许可 Alachua County Public School 的工作人员就此药物联系本人子女的医生和药房。

本人理解，根据法律规定，如果给予此类药物和/或治疗之人的行为与在相同或类似情况下通常合理谨慎之人的行为一样，则无需因给予此类药物和/或治疗而承担任何责任。本人明白，本人有责任在必要时提供上述药物补给和医疗用品，并且有责任将本人子女的健康状况、药物、医嘱和/或治疗的任何变化通知学校工作人员。

父母/监护人姓名：_____ 关系：_____

住宅电话号码：_____ 工作电话号码：_____ 手机号码：_____

签名：_____ 日期：_____

