

Otorizasyon pou bay Medikaman /Tretman



Se PARAN elèv la ki dwe ranpli epi siyen pati pi ba a:

Yo **dwe** ranpli yon nouvo otorizasyon nan koumansman **chak** ane lekòl oswa nenpòt ki lè yo chanje dòz medikaman an. Paran an dwe bay tout ekipman ki akonpaye medikaman ak/oswa tretman yo.

Revize 4-2014

Non Timoun nan _____	Siyati _____	Non _____	Seks _____	Klas _____	Dat Nesans _____
Non Doktè a _____	Adrès _____	Telefòn pou ka Ijans _____			

Nan deklarasyon sa a mwen otorize doktè ki gen non l pi wo a epi ekip lasante nan Lekòl Polk la/Depatman Lasante Florid nan Kanton Polk la la pou yo devwale youn bay lòt enfòmasyon sante vèbal, ekri, pa faks oswa pa mwayen elektwonik, konsènan elèv ki gen non l pi wo a, nan objektif pou yo ba li medikaman oswa tretman nesèsè pandan l lekòl la. Mwen konprann distri lekòl nan Depatman Polk la pwoteje enfòmasyon sante elèv, jan lalwa federal ak lwa nan Eta Florid mande sa, e nan tout fòm dosye tankou, men se pa sa sèlman, dosye ki gen enfòmasyon oral, ekri, faks oswa elektwonik.

Mwen mande pou moun ki otorize pou sa nan lekòl la ede pitit mwen an nan ba li medikaman li oswa tretman li, jan mwen menm ak doktè mwen pèmèt sa (*gade pi ba a*).

Dat _____	Paraf Paran/Responsab Elèv la _____	Telefòn Lakay la _____	Telefòn pou ka Ijans _____
-----------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------

The following section is to be completed by the PHYSICIAN: (TSe DOKTÈ a ki dwe ranpli pati pi ba a): (ONLY ONE medication or treatment per form)

Diagnosis for which medication or treatment is given: _____

Name of medication or treatment: _____

Form: _____

Dose: _____

If medication or treatment is to be given at school, at what time? _____

If medication or treatment is to be given "When needed", describe indications: _____

How soon can it be repeated? _____

List significant side effects: _____

Length of time medication/treatment is recommended: _____

Other information:

Place Office Stamp Here

_____ Date _____ Physician's/Mid-level Practitioner's Signature

Adapted from the American College of Allergists