



# 用药授权

学年 \_\_\_\_\_

姓名	出生日期	年级	此处放置学生照片
过敏			

注：处方药必须装在原容器中，并注明以下信息：学生姓名、药物、剂量、给药途径、给药时间和医疗保健提供者。非处方药必须装在贴有清晰标签的原容器中。

家长声明：我要求给我的孩子（表上所示）服用以下所列药物。

- 我明白药物不得过期。
- 我明白，在校医不在场的情况下，其他经过培训的学校工作人员可以给我的孩子用药。
- 我明白，校医可能会就医疗事宜联系医疗保健提供者或药剂师。
- 如果药物有变化，我会立即通知学校。
- 我明白，除非在今年最后一个学生上学日结束前领取，否则该药物将根据联邦缉毒局（DEA）要求进行销毁。
- 我允许校医与适当的学校和医务人员分享有关我学生的健康信息，以保证我学生在学校的持续安全。

家长/监护人签名	日期	正楷签名
家庭电话/手机	紧急电话号码	

在家服用的其他药物

医疗保健提供者声明：学生在校期间需要服用此药，以改善或保持该学生的健康。校医可能会就这种药物与我联系。表上所示儿童应根据以下情况接受处方药物治疗：

药物名称	剂量	给药途径
时间	开始日期	结束日期
可能的副作用	特殊说明	
处方医生签名	日期	
正楷签名	电话	
地址		
校医签名	日期	
正楷签名	学校	

修订日期：2024 年 4 月