

巴尔的摩县公立学校
健康服务办公室

批准的自行决定药物服用同意书与
健康联系信息

学生姓名: _____ 出生日期: _____

学校: _____ 年级: _____

过敏史(包括药物过敏): _____

列出您的子女定期服用的药物: _____

医疗/健康问题: 选择所有适用项

哮喘 注意力缺陷多动症 出血性病症 糖尿病 心脏病 偏头痛

突发症 其他(请描述) _____

需要学校进行的变动: 选择所有适用项

特殊座位 变动体育课 其他(请描述) _____

本人希望我的子女接受以下药物治疗: (请选择)

对于头痛/发烧/烧伤/耳痛/肌肉疼痛/疼痛/痛经

对于胃痛

醋氨酚 (例如扑热息痛)

异丁苯丙酸 (例如 Advil)
(12 岁及以上/9 岁痛经)

咀嚼抗酸片
(例如 Tums)

对于轻度过敏反应

对于咳嗽/喉咙痛

苯海拉明 (例如苯那君)

止咳药片

本人不希望子女在学校服用任何药物。

联系信息

父母/监护人 1 姓名: _____ 父母/监护人 2 姓名: _____

父母/监护人 1 住宅电话: _____ 父母/监护人 2 住宅电话: _____

父母/监护人 1 手机: _____ 父母/监护人 2 手机: _____

父母/监护人 1 工作电话: _____ 父母/监护人 2 工作电话: _____

除父母以外可以向其交付学生的人:

姓名: _____ 电话号码: _____

姓名: _____ 电话号码: _____

本人知道, 以上本人选择的药物将按照巴尔的摩县健康部的学校健康服务主任医生与巴尔的摩县公立学校的健康服务协调员制定的协议由注册护士/学校护士使用。本人知道可以使用常规等效药物。本人签名授权将本人的子女交给本页列出的人员。

父母/监护人/有资格的学生签名

日期

巴尔的摩县公立学校
Towson, Maryland 21204

巴尔的摩县健康部
Baltimore, Maryland 21212

自行决定药物服用年度同意书
与健康联系信息

尊敬的父母或监护人：

本封信的背面有一个提供学校护士及更新的健康信息的表格、一份在生病或受伤时可以联系的人员名单以及显示您同意服用某些非处方药的声明，这些药物对所有学生免费。**本表格必须每学年提交一次。**

非处方药计划（称为“自行决定药物”）旨在用于减轻轻微不适及防止不必要的早退。这些药物获得巴尔的摩县健康部学校健康服务主任医生及巴尔的摩县公立学校健康服务办公室协调员的批准。

只有获得您的同意才能让您的子女服用任何药物。只有注册护士/学校护士才能根据已签署的协议让您的子女服用这些药物。同意书列出可提供的药物。请完成同意书并返还给学校护士。

批准的自行决定药物仅限于偶尔使用。如果您的子女需要定期服用任何处方药或非处方药，您必须从医生处获得书面医嘱并提供药物。

如有任何疑问或需要更多信息，请联系您的学校护士。

致礼，

Deborah Somerville, RN, MPH
协调员
健康服务办公室
巴尔的摩县公立学校

Lucia Donatelli, MD, FAAP
主任医生
儿童、青少年与学校健康局
巴尔的摩县健康部