

PERMISSION FORM FOR PRESCRIBED MEDICATION



School Name:	Date Received:
Student Name:	Date of Birth: / /
Grade:	Teacher / Classroom:

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN

Name of Medication (List only 1 medication per form): _____

Tablet/Capsule Liquid Inhaler Injection Nebulizer Other _____

Instructions (*Dosage of medication and time to be administered*): _____

For episodic/emergency events only Comment: _____

Conditions for which medication is being prescribed: _____

Restrictions and/or important side effects: None anticipated Yes, please describe: _____

Physician's additional comments: _____

Order Start Date: _____ Order End Date: _____

(If no end date is indicated, medication orders will expire at the end of the current school year)

Special storage instructions: None Refrigerate: _____ Other: _____

This student is both capable and responsible for self-administering this medication: No Yes – Supervised Yes – Unsupervised

This student may carry this medication: No Yes

Please indicate if you have provided additional information: On the back of this form As an attachment (Treatment Plan)

NOTE: To participate in Medicaid School-Based Services, a valid prescription **MUST** be signed by a physician and include the date prescription was signed by physician, physician's name, address, telephone number and NPI number. Stamped signatures and prescriptions signed by a nurse practitioner or physician assistant are invalid for school-based services.

Physician's Signature: _____ Print Physician's Name: _____ NPI #: _____ Date: _____

Address: _____ Telephone: _____ Fax: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের অনুমতি

আমি এতদ্বারা আমার সন্তান _____ -কে চিকিৎসক কর্তৃক আদেশকৃত উপরের ঔষধ দেওয়ার জন্য স্কুল কর্মীদের অনুরোধ জানাচ্ছি এবং বোর্ড অব এডুকেশন বা এর কর্মীদেরকে ঔষধ সংক্রান্ত কোন জটিলতার জন্য দায়ী করব না, যেগুলোর অন্তর্ভুক্ত থাকছে ১৯৭৬ সনের 1178 ধারার P.A. 451 অনুযায়ী দেওয়া ঔষধ। প্রয়োজন হলে কর্মীরা ঔষধ প্রয়োগের বিষয়ে চিকিৎসকের সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারবে। আমার সন্তানের স্কুলে ঔষধ পরিবহন করে নেওয়ার জন্য আমি দায়বদ্ধ।

আমি এতদ্বারা স্কুলের কর্মচারীদের আমার সন্তান _____ -কে ডাক্তার কর্তৃক আদেশকৃত উপরের ঔষধ নিজে নিজেই গ্রহণ করতে দিতে অনুরোধ জানাচ্ছি এবং এই ঔষধ সংক্রান্ত জটিলতার জন্য আমি বোর্ড অব এডুকেশন বা এর কর্মীদের দায়ী করব না। প্রয়োজন হলে কর্মীরা ঔষধ প্রয়োগের বিষয়ে চিকিৎসকের সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারবে।

পিতামাতা বা অভিভাবকের স্বাক্ষর _____ স্পষ্টাক্ষরে নাম _____ তারিখ _____

শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক: _____ টেলিফোন নম্বর: _____