

**Escolas da Cidade de Marietta – Assistência com Medicação/Procedimento**

**Informações do Estudante**

Primeiro Nome do Estudante: \_\_\_\_\_  
 Sobrenome do Estudante: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
 Escola \_\_\_\_\_ Professor(a) \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_  
 Nome do Pais: \_\_\_\_\_ Telefone dos Pais: \_\_\_\_\_

**Informação Médica\***

***\*Esta seção deve ser preenchida pelo médico provedor licenciado***

Name of Medication/Procedure \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_ Scheduled:  PRN:

Time : \_\_\_\_\_ Route (oral, injection, etc.) \_\_\_\_\_

Possible side effects/comments \_\_\_\_\_

Goal: \_\_\_\_\_

Vision and Hearing Screening to be included in plan of care

This request is valid from (dates): \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Provider's Name (print): \_\_\_\_\_

Provider's Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Provider's Phone: \_\_\_\_\_

Provider's Address: \_\_\_\_\_

Provider's NPI Number: \_\_\_\_\_

*\*\*\*Medicamentos prescritos devem estar na embalagem original da farmácia. Somente as instruções de dosagem e horários de administração escritas na embalagem ou recebidas pelo médico/provedor serão seguidas. Todos os medicamentos prescritos requerem a assinatura do médico/provedor. Todos os medicamentos OTC administrados por mais de 10 dias consecutivos exigirão a assinatura do médico/provedor. Os pais/responsáveis tem obrigação de retirar pessoalmente qualquer porção de medicamento da escola dentro de uma semana após o vencimento do medicamento e/ou ordens médicas. Medicamentos não retirados pelos pais/responsáveis serão destruídos.*

**Autorização dos Pais/Responsáveis\***

***\*Esta parte deve ser preenchida pelo pai/responsável autorizado***

Eu autorizo a equipe do Distrito Escolar de Marietta à ajudar meu filho(a) a tomar a medicação. Eu, por meio deste, libero e renuncio, e ainda concordo em indenizar, isentar, ou reembolsar as Escolas da Cidade de Marietta, membros individuais, agentes, funcionários e representantes dos mesmos, de e contra, qualquer reclamação que eu, qualquer outro pai/responsável, irmão(ã), estudante, ou qualquer outra pessoa, empresa, ou corporação possa ter ou alegar ter, conhecido ou desconhecido, direta ou indiretamente, por quaisquer perdas, danos ou lesões decorrentes de, durante ou em conexão com a administração deste medicamento/procedimento.

Assinatura dos Pais/Responsáveis \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Meu filho(a) recebe Medicaid/PeachCare para crianças. Eu entendo que o Sistema Escolar pode solicitar do Medicaid um reembolso parcial pela administração deste medicamento/procedimento e, por meio deste, autorizo o Sistema Escolar a cobrar pelos serviços acima. Seu eu decidir que não quero mais que a Escola cobre o Medicaid, eu entendo que devo notificar a escola por escrito.

Assinatura dos Pais/Responsáveis \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_