

**MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS**  
**MONTGOMERY COUNTY DEPARTMENT OF**  
**HEALTH AND HUMAN SERVICES**  
Rockville, Maryland 20850

**ĐƠN CHO PHÉP NHÀ TRƯỞNG CHO HỌC SINH UỐNG**  
**THUỐC THEO TOA BÁC SĨ**

Thỏa Thuận về Phát Hành và Bồi Thường  
AUTHORIZATION TO ADMINISTER PRESCRIBED MEDICATION  
Release and Indemnification Agreement - Vietnamese

**PHẦN I – DO PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ HOÀN TẤT**

Tôi cho phép nhân viên Montgomery County Public Schools (MCPS) and Montgomery County Department of Health and Human Services (MCDHHS) cho con tôi uống thuốc theo toa với sự hướng dẫn của bác sĩ (Phần II dưới đây). Tôi đồng ý cho phép, chấp nhận, và không thừa kiện MCPS và MCDHHS và bất cứ nhân viên nào mà đã cho em học sinh này uống thuốc, biết rằng nhân viên MCPS và MCDHHS đã tuân theo lệnh của bác sĩ như được viết trong Phần II dưới đây. Tôi đã đọc những thủ tục hướng dẫn ghi phía sau đơn này và chấp nhận trách nhiệm.

I hereby request and authorize Montgomery County Public Schools (MCPS) and Montgomery County Department of Health and Human Services (MCDHHS) personnel to administer prescribed medication as directed by the physician (Part II below). I agree to release, indemnify, and hold harmless MCPS and MCDHHS and any of their officers, staff members, or agents from lawsuit, claim, demand, or action against them for administering prescribed medication to this student, provided MCPS and MCDHHS staff are following the physician's order as written in Part II below. I have read the procedures outlined on the back of this form and assume the responsibilities as required.

Học sinh \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Trường học \_\_\_\_\_  
Student: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Toa thuốc  Toa thuốc mới,  Mới  
Prescription: \_\_\_\_\_ Renewal \_\_\_\_\_ New \_\_\_\_\_

Nếu là thuốc mới, nguyên độ thuốc đầu tiên trong ngày cần phải được uống tại nhà vào ngày: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
If new, the first full day's dosage was given at home on: \_\_\_\_\_

Ghi những loại thuốc em học sinh hiện đang uống, gồm cả thuốc mua tại quầy:  
List all medication(s) student is taking, including over-the-counter medication(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Chữ ký Phụ Huynh/Giám Hộ /Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Số Điện Thoại /Phone Number

\_\_\_\_\_  
Ngày /Date

**PART II—TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN/ DO BÁC SĨ HOÀN TẤT**

The Montgomery County Department of Health and Human Services and the Montgomery County Public Schools discourage the administration of medication to students in school during the school day. Any necessary medication that possibly can be administered before and after school should be so prescribed. Only non-parenteral medications are administered except in septic emergency situations. School personnel will, when it is absolutely necessary, administer medication to students during the school day and while participating in outdoor education programs and overnight held trips, according to the procedures outlined on the back of this form.

**PLEASE USE A SEPARATE FORM FOR EACH MEDICATION**

Name of Medication: \_\_\_\_\_ Diagnosis: \_\_\_\_\_  
*Trade name and/or generic*

Dosage: \_\_\_\_\_ Time(s) To Be Given At School: \_\_\_\_\_

Route of Administration: \_\_\_\_\_ Effective Dates: From \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ To \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Side Effects: \_\_\_\_\_

If PRN, specify: \_\_\_\_\_

When indicated (signs/symptoms) \_\_\_\_\_

Frequency of administration \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Physician's Name (print/type)

\_\_\_\_\_  
Physician Signature

\_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
Date

**SELF-CARRY/SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION/APPROVAL**

Self-carry/self-administration of **emergency** medication such as inhalers and EpiPens® **must** be authorized by the prescriber and be approved by the school nurse according to the State medication policy:

Prescriber's authorization for self-carry/self-administration of emergency medication \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Signature Date

School RN approval for self-carry/self-administration of emergency medication \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Signature Date

**PART III—TO BE COMPLETED BY THE PRINCIPAL OR SCHOOL NURSE/ DO HIỆU TRƯỞNG HAY Y TÁ TRƯỞNG HOÀN TẤT**

**Check as appropriate:**

- Parts I and II above are completed, including signatures. (It is acceptable if all items of information in Part II are written on the physician's stationery/prescription blank.)
- Prescription medication is properly labeled by a pharmacist.
- Medication label and physician order are consistent.
- Over-the-counter medication is in an original container with the manufacturer's dosage label and safety seal intact.

## DO HIỆU TRƯỞNG HAY Y TÁ TRƯỜNG HOÀN TẤT

- 1 Trường học không được phép cho em học sinh uống bất cứ loại thuốc nào tại trường học hay trong các hoạt động do trường học bảo trợ mà không có giấy cho phép của phụ huynh/giám hộ và giấy phép của bác sĩ. Đây gồm có thuốc theo toa và thuốc mua tại quầy.
- 2 Phụ huynh/giám hộ có trách nhiệm hoàn tất Phần I và đưa bác sĩ điền phần II. Đơn này bắt buộc phải điền hằng năm cho loại thuốc mới hay loại thuốc tiếp tục từ trước hay nếu có sự thay đổi về lượng thuốc uống hoặc giờ uống thuốc trong niên học. (Bác sĩ có thể dùng thơ với tên văn phòng hay toa thuốc thay vì điền Phần II.) Thông tin trong toa gồm có: tên học sinh, bệnh, tên thuốc, lượng thuốc, giờ uống thuốc, thời gian giữa những lần uống thuốc, tác dụng phụ của thuốc, chữ ký bác sĩ, và ngày ghi toa.
- 3 Thuốc phải do phụ huynh/giám hộ đem đến tận trường, hay trong trường hợp đặc biệt, một người lớn do phụ huynh/giám hộ chỉ định. Dưới bất cứ trường hợp nào, y tá trường (MCDHHS) hay nhân viên trường (MCPS) đều không được quyền cho học sinh uống thuốc do chính em đem đến trường.
- 4 Tất cả những thuốc uống theo toa phải được đựng trong hộp với nhãn hiệu do dược sĩ ghi kèm theo. Thuốc không cần toa mua tại quầy phải ở trong hộp với nhãn hiệu chính của hãng sản xuất. Thuốc mẫu của bác sĩ phải được bác sĩ ghi rõ ràng.
- 5 Gia đình phải cho em uống lượng thuốc đầu của bất kỳ loại thuốc mới nào tại nhà, trước khi thuốc được cho uống tại trường học.
- 6 Phụ huynh/giám hộ có trách nhiệm thu lại phần thuốc chưa uống hết trong vòng một tuần sau ngày hết hạn theo toa bác sĩ hoặc vào cuối niên học. Thuốc không có ai nhận lại trong thời gian này sẽ bị hủy bỏ.
- 7 Tự ý uống thuốc hoặc uống thuốc không theo toa bác sĩ là trách nhiệm hoàn toàn của phụ huynh, đây không phải là trách nhiệm của Montgomery County Public Schools hoặc Montgomery County Department of Health and Human Services. Thuốc không có toa của bác sĩ và không có sự cho phép của phụ huynh sẽ không được cất giữ trong phòng y tế.
- 8 Học sinh không được phép tự uống thuốc
- 9 Toa bác sĩ và sự cho phép của phụ huynh rất cần thiết để em học sinh được phép tự uống/ tự dùng những thuốc mang tính khẩn cấp như thuốc hít cho bệnh xuyên và EpiPens cho tính quá mẫn. **Y tá trường cần phải thẩm định và chấp thuận khả năng và năng lực của em học sinh có thể tự sử dụng thuốc. Rất khẩn thiết khi học sinh hiểu về sự cần thiết báo cho nhân viên y tế hay nhân viên MCPS là em đã tự dùng thuốc hít hay đã tự dùng EpiPen mà không thấy thuyên giảm để họ có thể gọi 911.**
- 10 Y tá trường sẽ gọi người kê toa thuốc, khi được HIPAA cho phép, nếu có thắc mắc về học sinh và/hoặc thuốc uống của học sinh.