

처방전 약 투약 허가서 (Authorization to Provide Medically Prescribed Treatment)

제공과 면책권 동의서(Release and Indemnification Agreement)



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

MCPS Form 525-12
2019년 2월
1/2

1부: 학부모/후견인이 작성합니다. (TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN)

본인은 Montgomery County Public Schools(MCPS)와 Montgomery County Department of Health and Human Services(DHHS) 직원에게 공인 처방자(2부 참조)가 처방한 처방약 제공을 요청 및 허락합니다. 본인은 MCPS와 DHHS와 그 직원, 교직원, 고용인이 아래에 있는 2부에 명시된 의사의 지시에 따라 이 학생에게 제공하는 처방약 제공에 관한, 소송, 요구, 조치 등을 허락, 보호, 책임 면제할 것에 동의합니다. 본인은 건강전문가 자격증 소지자로부터 교육을 받은 비의료진인 MCPS와/및 DHHS 관리직 및 직원, 고용인, 기관이 처치를 제공할 수 있음을 이해합니다.

학생 이름: _____ 성, 이름, 미들네임 이니셜 _____

MCPS 학생번호# _____ 생년월일 ____/____/____ 학교 이름 _____

학부모/후견인 서명 _____ 전화번호 ____-____-____ 날짜 ____/____/____

2부: 공인 처방자가 작성합니다. (TO BE COMPLETED BY THE AUTHORIZED PRESCRIBER)

I understand that treatments may be administered in MCPS by non-health professionals. These individuals may be employees of MCPS who are designated to administer the treatment(s), or the DHHS School Health Room Technician. These persons will be trained by the School Community Health Nurse (SCHN) to give the specific treatment.

처방 진단(Treatment _____ Diagnosis) _____

제공 빈도(Frequency of administration (ranges not accepted, i.e. every 2 to 4 hours) _____

If PRN specify when indicated (signs/symptoms) _____

처방전 기간 Treatment orders effective Current school year, or Effective dates ____/____/____ to ____/____/____

가능한 합병증 및 고려해야할 특수 상황(Possible complications and/or special considerations)

처방에 필요한 기기, 특별 케어와 사용방법 모두 포함(Equipment needed for treatment, including any special care and handling)

보고해야할 증세/관찰(Symptoms/observations to be reported)

직원이 알아야하는 학생의 상태/진단(List other condition(s) and/or diagnosis(es) of student that staff need to be aware of)

승인된 처방전 작성자의 이름(Authorized Prescriber's Name-print/type) _____

승인된 처방전 작성자의 서명(Authorized Prescriber Signature) _____

전화번호(Phone Number) ____-____-____ 날짜(Date) ____/____/____

3부: 학교 간호사 또는 학교장이 작성합니다. (TO BE COMPLETED BY THE SCHOOL COMMUNITY HEALTH NURSE OR PRINCIPAL)

Parts I and II are complete, including signatures.

Signature, School Community Health Nurse (SCHN)/Principal _____ Date ____/____/____

기재방법/정보(INSTRUCTIONS/INFORMATION)

"처방전 약 투약 허가서"는 Individuals with Disabilities Education Act, 34 C.F.R. Section 300.13, 및/또는 Code of Maryland Regulations, 13A.05.01.02 규정에서 명시되어 있는 "의료 서비스 제공"을 의미하는 것은 아닙니다. **이 양식은 학교 보건 담당 교사/간호사(SCHN)와의 다음과 같은 처방, 유치도뇨관, 기관절개술, 위창냄술 식이, 구강흡인 등의 상담을 위한 것입니다. 이는 전형적인 처방의 실례 중 하나이며 모든 것이 포함되어 있는 것은 아닙니다. 자세한 정보는 학교 보건 담당 교사/간호사(SCHN)와 상담하십시오.**

1. 학부모/후견인은 이 양식 2부에 처방자의 처방을 받아야 하며 1부에 서명한 후 학교에 제출해야 합니다. 이 양식은 한 학사연도 기간만 유효합니다. 매해 새로운 양식을 제출해야 하며 처방이나 상태가 바뀔 경우, 매번 양식을 제출해야 합니다.
2. 학교장 **및/또는** SCHN은 본 양식의 모든 항목을 기재하였는지 확인해야 합니다. **이 양식은 학생의 건강 파일에 보관해야 합니다.**
3. 학부모/후견인이 처방 및 유지에 필요한 도구를 제공해야 하며 사용할 수 있도록 유지해야 합니다. 또한 학사연도가 끝나면 1주일 이내에 학부모님이 도구를 찾아가야 합니다.
4. 의료치료는 학부모/후견인의 서명이 있는 허가서와 면제 허가서, 공인 처방자의 소견서 없이는 학교에서 또는 학교가 후원하는 활동에서 제공하지 않습니다.
5. SCHN은 학생 또는 학생의 처방약에 관한 질문이 있을 경우, Health Information Portability and Accountability Act of 1996(HIPAA)에서 허락한 것과 같이 승인된 처방자에게 연락합니다.