Student Health Services SHS-2 Form

학년도: _____

학생이 처방된 흡입기, 에피펜, 인슐린 또는 기타 승인된 약을 소지하기 위한 허가서*

(약의 투여 및 보관에 관한 JGCD 운영 지침)

학생 성명_____ **학년** _____ **생년월일** _____

(읽기 쉽게 인쇄체로 기재하십시오)

본인은 다음에 대해 동의합니다: (서식당 한 가지 약) – 서식을 학교 보건실에 제출하십시오

- 본인은 다음과 같은 처방-라벨이 붙어 있는 흡입기, 에피펜, 인슐린 및/또는 승인된 약 _____을 소지해야 합니다.

(약명을 읽기 쉽게 인쇄체로 기재하십시오)

- 나는 라벨이 붙어 있는 저의 약을 적절히 사용하는 것에 대해 설명을 들었으며 그 약을 어떻게 투여하는지를 완전히 알고 있습니다. 나는 이 약을 항상 내 몸에 소지하겠습니다. 나는 어떠한 상황에서든지 다른 학생이 나의 약 및/또는 의료용품을 사용하는 것을 허용하지 않겠습니다. 나는 다른 학생이 나의 처방 또는 약을 사용하는 경우, 나의 약을 소지하는 것에 대한 특별허가는 재검토될 수 있고/있거나 취소될 수 있다는 것도 알고 있습니다. 나는 내가 나의 약을 복용할 때마다 매번 보건실 조수 또는 클러스터 학교 간호사/특수 교육 간호사에게 통지할 책임도 또한 받아들입니다. 현장 학습 중인 경우에는, 나는 교사/FCS 직원 인솔자에게 통지하겠습니다.

_____ _____

학생 서명 **날짜**

(Student Health Services는 각각의 학생에게 응급 상황의 경우와 그리고 자신이 소지한 약을 분실하거나 집에 나두고 오는 경우에 대비하여 제2의 처방된 흡입기, 에피펜, 추가 인슐린 또는 기타 처방된 응급약을 학교 보건실에 비치하도록 강력히 권장합니다.)

학부모/보호자가 작성함

본인은 본인이 법적 후견을 하고 있는 상기 학생이 학교에서 이 약을 소지하고 사용하는 것을 허용해 주시기를 이 서식에 의해 요청하는 바입니다.

- 본인은 그 약을 분실하거나, 또는 즉시 사용할 수 없거나, 상기 학생이 아닌 다른 사람이 투여하거나 복용하는 경우 법적 책임을 받아 들입니다. 본인은 이러한 일이 생기는 경우, 그 약을 소지하는 것에 대한 특별허가는 재검토될 수 있고/있거나 취소될 수 있다는 것을 알고 있습니다.
- 본인은 학교에 약에 관한 모든 변경 사항 또는 새로운 용량에 대해 통보할 책임을 받아 들이며, 각각의 변경사항을 반영하는 새로운 서식을 제출하겠습니다.
- 약은 원래의 라벨이 붙어 있는 그 약의 용기에 들어 있어야 합니다.
- 본인은 이 약의 투여에 대해 감독하거나 도움을 줄 때, 또는 상기 학생이 자신의 약을 투여(이 약에 관련된 질식, 알레르기 반응, 부작용 및/또는 건강상 위험 포함)할 때 Fulton County School System(풀톤 카운티 교육청)과 풀톤 카운티 교육청 직원에게 어떠한 법적 책임도 면하게 하는 바입니다.
- **이 서식을 작성하는 것은 지시가 있고/있거나 필요한 경우 Student Health Services(학생 건강 관리처)가 처방하는 의료인과 투약 지시/요청에 대해 상의하는 것을 허가하는 것입니다.**

_____ _____ _____

학부모/법적 보호자 서명 **성명을 읽기 쉽게 인쇄체로 기재하십시오** **날짜**

집 전화 _____ **직장 전화** _____ **휴대폰** _____

의료인 및 학부모/보호자: *서식을 뒤집어 추가 정보 및 지시를 읽어 보십시오.*

학생 성명:	학년:	생년월일:

의사/의료인이 작성함

(처방약의 경우에만 – 라벨이 붙어 있고 그 약의 원래 용기에 들어 있어야 함)

약명:	처방된 용량
잠재적 부작용	
투여, 경로 및 기타 특별 지시:	
투약이 필요한 진단, 병태 또는 병:	

의사 서명 **날짜**

의사 성명 (읽기 쉽게 인쇄체로 기재하십시오): _____

사무실/연락처 번호 _____ **팩스** _____

학부모/보호자가 작성함

응급 상황 시 연락처 담당자 성명 및 번호:

성명: _____ 집 전화: _____

직장 전화: _____ 휴대폰: _____

***기타 승인된 약 – 응급 목적으로 사용되는 처방약 및/또는 Student Health Services가 학부모/보호자 또는 의료인과 협조하여 승인한 약으로 정의됩니다.**

Fulton County Schools System은 필요하고 적합하다고 생각하는 경우 학생을 위해 응급 의료를 모색할 권리를 보유합니다.

이 서식은 이번 학년도에만 유효하며 이 서식에는 Fulton County Schools System에서 후원하는 학교 활동과 여름 학교가 포함됩니다.

_____ _____

클러스터 학교 간호사/특수 교육 간호사 서명 **접수일**

이 부분은 오직 보건실 조수/클러스터 학교 간호사/특수 교육 간호사가 작성해야 합니다

접수일:	약명:	투여 회수:
만료일:	작성자:	법적 보호자에게 반송된 날짜: