



별첨 양식 7903.11B

PARENT/GUARDIAN AND AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER
REQUEST FOR MEDICATION
(약에 대한 부모/보호자 및 인가 의료인의 요청서)

학생 이름: _____

생년월일: _____

학교: _____ 교사 이름: _____ 학년: _____

처방 약 및 비 처방 약 복용 관리를 위한 부모/보호자 요청서

캘리포니아 교육법 섹션 49423은 학교 간호사나 담당 비의료 직원이 수업 일에 학교에서 약을 복용해야 하는 학생을 도울 것을 허락합니다. 이 서비스는 학생이 학교에 계속 다니면서 자신의 교육과 학습 가능성을 향상할 수 있도록 제공하는 것입니다.

나는 우리가 인가한 의료인의 지침에 따라 내 자녀가 약을 복용할 것을 요청합니다. 나는 담당 비의료 직원이 자격을 갖춘 학교 간호사의 감독하에 서면 주문서를 실행에 옮길 것을 돕는다는 것을 알고 있습니다. 나는 약, 용량, 복용 시간 및 인가 의료인의 처방에 변화가 있을 시, 즉시 학교에 통보하고 새로운 요청서를 제출할 것입니다. 나는 학교 간호사가 약과 관련하여 인가 의료인과 정보를 교환할 것을 허락합니다. 학교 간호사는 약과 그 약의 잠재적 효과와 관련하여 해당 교직원에게 자문할 수 있습니다.

인가 의료인과 학부모가 원하는 경우, 학생은 에피펜 또는 흡입기와 같은 비상 약을 소지하고 다닐 수 있습니다. 예비 약은 비상시 사용하기 위해 학교에 보관해야 합니다. 만약 내 자녀가 약을 스스로 복용한 결과로 인해 발생한 부작용으로 고통받게 되는 경우, 나는 교육구와 학교 직원에게 민사적 책임을 묻지 않을 것입니다.

부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____

전화번호: (직장) _____ (집) _____

AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

Reason for Medication: _____

Medication: _____ Dose: _____ Route: _____ Time: _____

If PRN: Amount of time between doses _____ Maximum number of doses: _____

Possible medication reactions: _____

Instructions for emergency care: _____

Authorized Health Care Provider Signature: _____

Authorized Health Care Provider Name (print clearly): _____

Telephone: _____

Provider NPI # _____

Date of Request: _____

Date to Discontinue Medication: _____

Office Stamp

Regarding EpiPen/Inhalers: It is my professional opinion that this student should be permitted to carry/self administer this emergency Inhaler/EpiPen. This student has been instructed in, and demonstrates an understanding of proper usage.

Health Care Provider Initials _____

SCHOOL USE:

Reviewed by: _____ Date: _____

이 요청서는 최대 1년간 유효합니다.



애나하임 통합 고등학교 교육구

학교에서의 약 복용 관리에 대한 학부모 통보서

학생 이름: _____

부모/보호자께,

의학적 치료는 부모/보호자와 인가 의료인의 책임입니다. 인가 의료인이란 캘리포니아주에서 약을 처방할 면허를 받은 사람을 말합니다. 인가 의료인이 약을 학교 시간에 반드시 **복용해야 한다고 판단한 처방 약 및 일반 의약품은 모두** 학교에서 그 약을 복용할 수 있습니다. 부모/보호자는 귀 자녀의 인가 의료인의 도움을 받아 가능할 때는 언제든지 가정에서 약을 복용하기를 권합니다.

캘리포니아 교육법 섹션 49423은 교직원이 의료인의 서면 주문서를 따르는 것을 도울 것을 허용합니다. 담당 비의료 교직원은 귀 자녀의 복용을 도와줄 수 있습니다. 그들은 면허를 갖춘 학교 간호사로부터 트레이닝과 감독을 받습니다. 요구하는 경우, 약은 열쇠가 달리 보관함이나 냉장고에 안전하게 보관합니다.

인가 의료인과 학부모가 원하는 경우, 학생은 에피펜 또는 흡입기와 같은 비상 약을 소지하고 다닐 수 있습니다. 해당하는 경우, 학교 간호사는 교육구의 서면 지침에 근거하여 학생이 스스로 약을 복용할 수 있는 능력이 있는가를 평가하게 될 것입니다. (타이틀 5). 예비 약은 비상시 사용하기 위해 학교에 보관해야 합니다. 심각한 질병(당뇨, 간질 등)을 지닌 학생은 자신의 처방 약의 예비 분량을 재난 시에도 안전한 적절한 용기에 담아 학교에 보관해야 합니다.

학교에서 양을 복용해야 하는 경우, 다음 모든 조건을 충족해야 합니다:

1. 약을 복용해야 하는 이유, 이름, 용량, 복용 시간, 복용 방법, 부작용 및 응급 처치에 대한 자세한 지침을 명시하고 면허가 있는 인가 의료인/치과의사가 서명한 서면 증명서가 반드시 학교 서류철에 첨부되어 있어야 합니다.
2. 부모/보호자가 서명한 요청서가 학교 서류에 첨부되어 있어야 합니다.
3. 약은 반드시 부모/보호자 혹은 책임을 질 수 있는 성인이 학교로 가져와야 합니다.
4. 약은 반드시 귀 자녀의 이름이 있는 영어 레이블이 붙어 있는 본래 용기에 담겨 있어야 합니다.
5. 모든 물약은 반드시 적절한 계량 용기와 함께 보내야 합니다.
6. 만약 정확한 용량의 약을 복용하기 위해 알약을 쪼개야 하는 경우, 쪼개야 하는 부분에 줄이 그어져 있는 알약, 그리고 반드시 반으로 쪼개는 것으로 표시되어야 하며, 또한 정확하게 쪼개기 위한 약 절단기를 사용해야 합니다.
7. 인가 의료인이 처방한 일반 의약품은 반드시 원래 용기에 담겨 있어야 합니다.
8. 약마다 별도의 양식이 필요합니다.

비고: 약, 용량, 시간 및 복용 방법에 변화가 있을 경우, 부모/보호자 및 인가 의료인이 반드시 새 요청서를 작성해야 합니다. 귀 자녀가 학교에서 약을 복용할 시간을 인지할 수 있도록 자녀와 함께 인가 의료인의 지침에 대하여 이야기 나누십시오.

이 요청서는 최대 1년간 유효합니다.