

이 양식은 참고용입니다. 제출용 기입 양식으로 사용할 수 없습니다.

기밀

학년도 _____
 (다음 학년도의 30 일 경과전 까지 유효)

**Monroe County Community School Corporation
 긴급 의료 조치 허가서**

검정 인크, 인쇄체로 기입해 주세요.

학생의 이름	생년월일	학교	학년	오늘날짜
부모/법정 후견인 (Guardian)	집 전화	직장 전화		휴대용 전화
부모/법정 후견인 (Guardian)	집 전화	직장 전화		휴대용 전화
긴급 연락처	집 전화	직장 전화		휴대용 전화

당신의 자녀는 아래에 해당하는 건강 문제를 과거에 경험했거나 현재 경험하고 있습니까?

	예	아니오		예	아니오
1. 알레르기 또는 이상반응 (예: 음식, 약, 건조열등)			12. 소화/위 문제		
2. 천식 (숨가쁨) 흡입기를 사용합니까? “예” 라고 응답 했으면, 하나를 고르세요: 정기적 / 가끔 / 학교에서 사용해야함			13. 어떠한 정신적/정서적 염려 (자세히 설명해주세요)		
3. 습진 또는 잦은 피부 발진					
4. 발작/ 경련					
5. 심장의 이상 여부					
6. 당뇨병					
7. 잦은 감기, 인두염, 귀앓이 (일년에 4 번 또는 그 이상)			14. 그의 학교측이 알아야 할 어떤 문제점/관심사, 또는 이 질문지에 “예” 라고 응답한 것을 좀더 구체적으로 설명해주세요		
8. 중상			15. 학생의 현재 약물 복용의 이유와 그 약 이름을 열거해주세요		
9. 선천적 결함					
10. 치과 문제					
11. 시력 문제					

담당 의사/ 진료소 이름: _____ 전화: _____

Monroe County Community School Corporation 은 정간호사를 채용하고 있습니다. 초등학교/중학교의 정간호사들과 고등학교의 정간호사나 임명된 학교 건강 관리 인원들은 부모/법정 후견인(Guardian) 또는 담당의사의 상반되는 지시가 없는 한, 치료가 필요하다는 전문가로서의 판단에 의해 아스피린, 아스피린 대용약 또는 다른 치료약등 처방전이 불필요한 약을 투여할 수도 있습니다. 이러한 약물 치료의 경우 투약을 실시하기 전에 학교 간호사는 학생이 투여할 약에 대한 알레르기가 있는지의 여부를 학생에게의 질문을 통해 확인 할 것입니다. 위 학생은 학교에서 나 여행중(Field Trip) 질병 또는 사고를 당했을 경우 응급치료를 받게될 것입니다. 그 이상의 치료는 부모/Guardian의 책임하에 행하여 질 것을 원칙으로 합니다. 비상시에는, 우선 911 을 불를 지도 모르며, 부모 또는 법정 후견인에게도 연락을 할 것입니다.

아래에 서명하는 부모, 보호자 그리고 자연적인 후견인 또는 후견인 또는 법원임명 후견인을, 지금부터는 **지정인** 이라고 부르며, _____ (학생)을, 지금부터는 **미성년자** 라고 부르며, 이 미성년자의 치료를 동의하는 권위가 있으며, I.C. 16-36-1-7 에 의거하여 Monroe County Community School Corporation 후원자에게 그 대표자로서 이 미성년자의 건강관리에 관련된 문제에 대리 행할 수 있게끔 법정 대리인으로 임명합니다.

의료 보험 회사:	_____
회원 이름:	_____
등록 번호:	_____ 수익 코드(Benefit Code): _____
구좌 번호:	_____

부모나 후견인이 보내주는 어떠한 약물은 약물 복용 허가서가 필요합니다. 학생은 학교에 손수 약물을 가져올 수 없습니다. 더 자세한 약물 복용 허가서에 관한 정보는 MCCSC 웹 페이지 (<http://www.mccsc.edu/~healthy/> 또는 <http://www.mccsc.edu>) 에 가서서, “programs”→ Healthy Schools → Health Services 로 클릭 하시든지 아니면 직접 그학생의 학교 약향실에 가서서 약물 복용 허가서를 직접 얻으실 수 있습니다.

본인은, 본인의 자녀가 MCCSC 의 주관으로 학교활동에 참가중 Monroe County 이외의 지역에서 질병 또는 사고를 당했을 경우, 그리고 부모/Guardian 에게 연락을 취할 수 없을 경우, 학교측이 등록된 병원에서 등록된 의사에 의한 의료 서비스를 받을 수 있도록 허락합니다.

학부모/법정 후견인(Guardian)의 서명 _____ 날짜: _____

[학교 행사나 야외 활동(field trip)의 병원 조치를 위해서는 반드시 서명이 필요함]