

Prince William 카운티 공립학교
건강 처치 계획
특정 의료 절차에 대한 승인

학생 이름: _____ 날짜: _____

주소: _____ 생년월일: _____

특정 의료 절차명: _____

절차를 수행할 조건: _____

관리 수준: 최소 중간 복합

절차를 수행하는데 필요한 교육 목록: _____

절차는 훈련된 교직원이 완료할 수 있습니다: 예 아니요

절차 시간 및/또는 간격을 포함한 특별 지시. (첨부된 규약은 필요에 따라 수용되거나 조정될 수 있습니다. 또는 특정 주문은 의료 서비스 제공자의 편지지에 작성될 수 있습니다.):

예방 조치, 가능한 부작용, 중재:

특별한 절차를 수행하기 위한 재료/장비(부모/보호자가 제공):

의료 절차는 _____ 부터 _____ 까지 시행됩니다.

의료 서비스 제공자 이름

전화번호

의료 서비스 제공자의 서명

날짜

학부모/보호자의 승인: 본인은 건강 처치 계획에 명시된 대로 직원이 본인 자녀에게 위의 절차를 수행할 것을 요청합니다.

학부모/보호자 성함 정자로 기입

날짜

학부모/보호자 서명

처치 절차를 위해 훈련받은 학교/CCC 관계자:

이름을 정자로 기입	서명	훈련받은 사람 서명	훈련 일자