

알레르기 반응 관련
의약품 투여에 대한 학부모/보호자 요청 양식

학생: _____ 생년월일: _____ 학교: _____

학교는 의약품 투여를 포함한 의료 처치가 제공되기 전에 학부모/보호자의 구체적 서면 승인을 얻어야 합니다. 학부모/보호자가 서명한 경우 해당 서면 사전 동의서는 학교/아동 보호 계약자 (CCC) 직원에게 의료 지시 이행을 위한 승인을 부여합니다. 학부모/보호자가 학교/취학 연령 아동 보호 (SACC)에서 자녀에 대한 의료 처치 승인을 부여한 경우 해당 승인은 지시된 특정 처치와 관련된 학교 보건 전문가 및 의료 처방자 간의 적절한 의사 소통 허가를 포함합니다. 학부모/보호자가 서명 및 날짜를 기입하지 않은 보건 처치 계획은 모든 서명을 받을 때까지 시행되지 않을 것입니다. 의료 지시를 기반으로 합법적으로 적절한 학교 보건 전문가와 의료 처방자 간의 의사 소통은 일반적으로 다음을 포함합니다:

- 처치 자체에 대한 처방 (예, 용량, 투여 방법, 잠재적 약물 상호 작용에 대한 질문);
- 학교에서 처치 시행 (예, 안전 염려, 감염 통제, 사안이나 학교 환경 또는 학생의 학업 일정과 관련된 처치 지시의 수정); 및
- 학생 처치 결과 (예, 부작용 관찰, 예상치 못한 반응, 학급에서 행동 관찰과 관련된 질문).

해당 학생은 서면의 학부모/보호자가 승인서에 서명하고 학교로 제출할 때까지 학교에 출석할 수 없습니다.

버지니아주 법령 §22.1-274에 따라 본인은 다음에 동의합니다:

본인은 학생이 상기 비상 의약품의 자가 투여로 인해 야기되는 모든 부정적 결과에 대해 교육위원회, 모든 관련 직원, 또는 CCC에 책임을 묻지 않을 것입니다.

학부모/보호자 성함 정자로 기입

날짜

학부모/보호자 서명

날짜