

**2009-2010 학년도
혈당관리, 투약 및 식이요법 규정:
학부모/보호자의 동의 및 허가 양식**

저는 다음 내용을 허가합니다: (1) 제 자녀의 당/식이요법 관리, (2) 의학적으로 처방된 치료의 실시 및/또는 (3) 저혈당 증세가 있을 경우 처방된 제 자녀의 의사의 지시사항에 의거해 학교 구내에서 스낵을 줌으로써 이 증상을 치료하는 것. 저는 본인이 모든 필요한 스낵과 기기, 물품을 제공하여야 하며 처방이나 지시 내용에 변동사항이 있을 시 반드시 학교장, 학교장이 지정한 담당자, 특히 양호교사에게 즉시 알려야 한다는 것을 알고 있습니다.

저는 본 허가서가 다음 두 가지 날짜 중 먼저 도래하는 날까지만 유효하다는 것을 알고 있습니다: (1) **2010년 6월 30일**(학생이 뉴욕시 교육청-이하 교육청-에서 지원하는 여름 학습 프로그램에 참석한다면 8 월까지 연장) 또는 (2) 본인이 학교장, 학교장이 지정한 담당자, 양호교사에게 제 자녀의 담당 의사가 위에 언급한 물품관련 새로운 지시나 처방전을 제공할 때.

저는 뉴욕시 교육청, 관련 부서 및 보건정신 위생청(" DOHMH")에서 제 자녀의 혈당 수치를 측정하기 위해 양호실이나 그 밖의 장소의 안전한 환경을 유지할 책임이 있다는 것을 인지하고 있습니다. 저는 당 수치의 측정이나 인슐린을 주사하기 위한 안전한 랜셋(lancet)과 그 밖의 주사 기기를 제공하기 위해 모든 노력을 기울이겠습니다.

당뇨 관리 양식을 제출함으로써 저는 교육청 및 학교 보건 담당실(" OSH")을 통해 뉴욕시 보건정신 위생청(" DOHMH")이 제 자녀에게 특정 보건 서비스를 제공해 줄 것을 요청합니다. 저는 이들 서비스의 일부로 제 자녀가 처방 약품에 어떤 반응을 보일지를 알아보기 위해 OSH 의사가 평가를 실시할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 상기 요청한 보건 서비스 조항에 관한 전반적인 안내가 본 양식에 포함되어 있습니다. 저는 상기 요청한 보건 서비스에 관한 조항에 관련된 교육청, DOHMH 및 관련 부서와 직원들이 본 양식에 제공한 정보의 정확성에 의존하고 있음을 알고 있습니다. 본 양식에 제공된 정보에 따라 제 자녀가 보건 서비스를 제공 받는 것이 제가 원하는 바입니다. 교육청, DOHMH 및 관련 부서가 이 약품에 대한 거부 반응에 대한 책임이 없음을 잘 이해하고 있습니다.

저는 본 양식이 교육청 또는 DOHMH 의 요청된 서비스 제공에 대한 동의가 아니라 해당 서비스에 대한 본인의 요청, 동의 및 허가를 의미한다는 것을 인지하고 있습니다. 만약 해당 서비스가 필요한 것으로 결정되면 학생 편의제공 계획(Student Accommodation Plan) 또한 필요하며 학교에 의해 작성될 것입니다.

저는 교육청, DOHMH 및 관련 기관과 직원이 제 자녀의 건강 상태, 약물 및 치료 관련 적절하다고 판단할 경우 서비스 제공처나 약사로부터 더욱 상세한 정보를 얻기 위해 연락, 논의 및 취합할 수 있도록 허가합니다.

인쇄체로 학부모/보호자의 이름 및 주소를 기재:

학부모/보호자의 서명

서명한 날짜

낮 시간 연락처/집 전화번호

**아래 부분은 작성하지 마십시오 (뉴욕시 교육청 작성 부분)
DO NOT WRITE BELOW (FOR DOE AND DOHMH ONLY)**

Student's Name: _____		OSIS No: _____	
Received by: _____	_____	Reviewed by: _____	_____
Name	Date	Name	Date
Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Self-Monitors: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> DOHMH Public Health Adv.		<input type="checkbox"/> School Based Clinic <input type="checkbox"/> DOE School Staff	
Signature and Title: _____		_____	
(RN OR SMD)		(Date school notified and form forwarded to DOE Liaison)	

09-10