

دموی شکر (بلڈ شوگر) کی نگرانی، دوا اور غذائی ضروریات:

والدین / سرپرست کی اجازت اور اختیار نامہ

2009-2010

میں بذریعہ ہذا ذیل کی اجازت دیتا ہوں: (1) میرے بچے کی دموی شکر کی نگرانی (2) طبی طور پر مجوزہ علاج کی فراہمی اور / یا (3) اسکے معالج کی منسلک ہدایات کے مطابق اسکول کی عمارت میں خون میں شکر کی کمی کی حالت کا علاج- میں جانتا ہوں کہ مجھے تمام ضروری سٹیکس، ساز و سامان اور رسد فراہم کرنا ہے اور یہ کہ مجھے مذکورہ بالا نسخہ یا ہدایات میں کسی بھی تبدیلی کے بارے میں پرنسپل اور / یا اس کے نامزد فرد (افراد) کو، خاص طور پر اسکول نرس کو فوراً اطلاع دینا ضروری ہے۔

میں جانتا ہوں کہ یہ اختیار نامہ درج ذیل میں سے اسی وقت تک معتبر ہے جو پہلے واقع ہو: (1) 30 جون، 2010 (اگر طالب علم نیو یارک شہر محکمہ تعلیم ("محکمہ") کے کفالت کردہ موسم گرما کے تدریسی پروگرام میں حصہ لے رہا ہو تو اس نسخہ کو اگست تک بڑھایا جا سکتا ہے)؛ یا (2) اس وقت تک جب تک کہ میں اوپر مجوزہ دوا کے استعمال اور اس پر نظر رکھنے کے متعلق میرے بچے کے معالج کے ذریعہ جاری نیا نسخہ یا نئی ہدایات پرنسپل یا اسکے نامزد فرد (افراد) اور نرس کو نہ پہنچا دوں۔

میں یہ سمجھتا ہوں کہ یہ یقینی صورت دینا نیو یارک شہر محکمہ تعلیم ("محکمہ")، اس کے ایجنٹس اور نیویارک شہر محکمہ صحت اور دماغی صحت [New York City Department of Health and Mental Hygiene (DOHMH)] کی ذمہ داری ہے کہ میڈیکل روم میں اور جہاں کہیں بھی میرے بچے کی خون کی شکر کی جانچ ہو سکتی ہے، وہاں ایک محفوظ ماحول ہو۔ میں گلوکوز کا جائزہ لینے اور انسولین دینے کے مقصد سے اسکول کو حفاظتی نکیلا آلہ (لینسیٹس) اور دیگر محفوظ تر سوئیاں آلات فراہم کرنے کی ہر ممکن کوشش کروں گا۔

ذیابیطیس کی دوائی کے انتظام کا یہ فارم جمع کر کے میں یہ گزارش کر رہا ہوں کہ اسکول کا دفتر صحت ("OSH") کے ذریعے محکمہ اور نیویارک شہر محکمہ صحت اور دماغی صحت (DOHMH) میرے بچے کو مخصوص صحتی خدمات فراہم کرے۔ میں یہ جانتا ہوں کہ ان خدمات کے حصے کے طور پر یہ دیکھنے کے لیے کہ میرے بچے پر مجوزاً دوا کا اثر کیسا ہے اسکول کا دفتر صحت کی جانب سے ایک معالج کی تشخیص ناگزیر ہو سکتی ہے۔ اس فارم میں اوپر مطلوبہ صحتی خدمات (خدمات) کے اہتمام کے متعلق تفصیلی اور مکمل معلومات اور ہدایات شامل ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اوپر مطلوبہ صحتی خدمات (خدمات) کے اہتمام کے لیے محکمہ، DOHMH انکے ایجنٹس اور اسکے ملازمین اس فارم میں فراہم کی گئی معلومات اور ہدایات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔ میرا مقصد یہ ہے کہ میرے بچے کو ان معلومات اور ہدایات کے مطابق صحتی خدمات (خدمات) فراہم کی جائیں گی جو اس فارم میں فراہم کی گئی ہیں۔ میں یہ جانتا ہوں کہ محکمہ، DOHMH، ان کے ملازمین اور ان کے ایجنٹس دوا کے کسی بھی ناموافق رد عمل کے ذمہ دار نہیں ہیں۔

میں یہ سمجھتا ہوں کہ یہ فارم مطلوبہ خدمات فراہم کرنے کے لیے محکمہ یا DOHMH کا معاہدہ نہیں ہے، بلکہ یہ ایسی خدمات کے لیے میری گزارش، اجازت اور اختیار نامہ ہے۔ اگر یہ تعین کیا جاتا ہے کہ یہ خدمات لازمی ہیں، تو طالب علم کے لیے سہولیات مہیا کرنے کا ایک منصوبہ بھی ضروری ہو سکتا ہے اور اسے اسکول کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا۔

میں بذریعہ ہذا محکمہ، DOHMH، انکے ملازمین اور ایجنٹس کو یہ اجازت دیتا ہوں کہ وہ کسی بھی منتظم حفظان صحت اور/ یا دوا فروش سے میرے بچے کی طبی کیفیت، دوا اور / یا علاج کے متعلق رابطہ، مشورہ کر سکتے ہیں اور ایسی مزید معلومات حاصل کر سکتے ہیں جو ان کو مناسب لگیں۔

براہ کرم نیچے والدین / سرپرست کا نام اور پتہ جلی حروف میں لکھیں:

والدین / سرپرست کے دستخط

دستخط کی تاریخ

گھر کا فون نمبر

دن کے وقت کا فون نمبر

(نیچے کچھ نہ لکھیں - یہ صرف DOE اور DOHMH کے استعمال کے لیے ہے)
(FOR DOE AND DOHMH ONLY)

Student's Name: _____	OSIS No: _____
Received by: _____ Name Date	Reviewed by: _____ Name Date
Referred to School 504 Coordinator: <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)