



Department of  
Education

뉴욕시 공립 학교 학생 대상  
보건 서비스 및 504 항 조정  
가이드라인  
2018-2019 학년도

모든 학부모 및 보건 전문가 귀하:

NYC 교육청(DOE)과 학교 보건 담당실(OSH)에서는 특별한 서비스를 필요로 하는 모든 학생들에게 서비스를 제공하고자 함께 노력하고 있습니다. 이러한 서비스는 학생들이 학교생활에 완전하게 참여할 수 있도록 도와줍니다. 귀 자녀가 재활법 504항에 의거하여 보건 서비스나 조정이 필요한 경우, 본 패킷에 동봉된 양식(들)을 작성하여 주십시오. 이러한 서비스와 관련하여, NYC 교육청에서는 매 학년도마다 신규 승인을 받도록 **요구**하고 있습니다. **작성된 모든 양식은 7월 15일까지 학교 간호사에게 제출하여 신규 학년도 시작 전에 승인될 수 있게 해 주십시오. 이렇게 하면, 귀 자녀가 새 학년도 시작과 함께 바로 적절한 서비스를 받을 수 있습니다. 마감일 이후 제출된 경우, 수속이 지연될 수 있습니다.**

보건 서비스 및 조정 양식은 세 종류가 있습니다:

1. **약물 투여 양식 (MAF)** - 학교에서 투약이나 처치가 필요한 경우 작성하십시오.
  - MAF에는 다음 네 종류가 있습니다: **천식, 알레르기, 당뇨 및 기타 질병.**
2. **처방된 의료 치료 제공 (비약물) 양식** - 교내에서 도뇨관, 기관흡입 등의 특수 처치를 요청해야 할 경우, 이 양식을 작성하십시오. 본 양식은 모든 전문 간호 조치 요청을 위해 사용할 수 있습니다.
3. **섹션 504 조정(들) 요청** - 장애물 없는 건물, 엘리베이터 사용, 시험 조정 등을 요청할 때 본 양식을 사용하십시오.
  - 작업치료, 물리치료, 언어치료, 카운셀링 등의 관련 서비스 요청에는 본 양식을 사용하지 **마십시오.** 관련 서비스는 개별 교육 프로그램(IEP)을 통해 제공됩니다.

보건 전문가들에게:

본 양식을 작성하실 때에는 반드시 아래 지침에 따라 주십시오:

- 귀하의 환자는 여러 명의 보건 전문가들로부터 치료를 받고 있을 수도 있습니다. 양식을 작성하는 보건 전문가는 서비스가 요청된 질환을 치료하는 사람이어야 합니다.
- 모든 양식은 반드시 면허가 있는 의료진이 직접 작성하고 서명해야 합니다. 이 양식(들)에는 반드시 유효한 뉴욕, 뉴저지 또는 커넥티컷 주 면허, Medicaid 및 NPI 번호를 기재해야 합니다. 만약 면허 번호가 없는 수련의가 양식을 작성하는 경우 감독(예: 담당의사)의 서명이 요구됩니다. 또한 감독은 본인의 면허 및 NPI 번호도 제공해야 합니다.
- 처치 지시는 구체적이고 명확하게 기재해야 합니다. 이렇게 해야만 학교 간호사가 임상적으로 책임감 있게 처치를 실시할 수 있습니다.
- 학교 정규 일과 시간 중에 꼭 필요한 처치만 요청하시기 바랍니다. 가정에서, 또는 학교 일과 전 후에 실시될 수 있는 치료는 요청하지 마십시오.
- 대체 의약에 관한 요청은 케이스 별로 다루어 질 것입니다.
- 에피네프린은 교실이나 공동 공간에 보관하거나, 학생의 알레르기 대처 계획에 따라 학생과 함께 운반될 수 있습니다.
- 학생은 가능한 학교에서 자작할 수 있어야 합니다. 주치의들은 학생이 간호사에게 의존해야 하는지, 감독 하에 투약해야 하는지, 아니면 스스로 투약이나 처치를 할 수 있는지 판단해야 합니다. 대부분의 중 고등학생들은 스스로 투약할 수 있게 지도되어야 합니다. 이 학생들은 스스로 자신의 약품을 식별하고, 투약 시기 및 정확한 용량을 알고 있어야 합니다. 또한 학생들은 약품의 목적을 분명히 알고, 그것을 복용하지 않았을 때 어떻게 되는지 설명할 수 있어야 합니다. 독립된 학생들은 도움 없이 약물을 소지하고 복용하는 것이 허락됩니다. 부모님이나 보호자께서도 학생이 학교에 약물을 가져와 복용하는 것을 승인할 수 있습니다. 독립 학생들의 경우, 본 양식에서 학생이 학교 및 견학 등에서 자가투약하는 것을 허락하는 난에 성명의 이니셜을 적어 주십시오. 그 외의 경우, 일반적으로 약물은 학교 의료실 캐비닛에 넣은 뒤 잠가서 보관합니다. **학생은 절대로 규제 약물을 소지할 수 없습니다.**

학부모:

- 자녀를 매년 주치의에게 데려가 본 양식을 작성하십시오.
- 신규 학년도를 위한 양식은 **7월 15일까지 학교 간호사에게 제출**해 주십시오. **이 날짜 후 접수된 양식은 처리가 지연될 수 있습니다.**
- 학교 간호사가 없을 경우, 학교에서는 제가 학교에 직접 가서 제 자녀에게 투약하도록 연락할 수 있습니다.
- 학교 비축 약물을 사용할 것을 선택하셨다면, 귀하는 반드시 자녀의 **에피네프린, 천식 흡입기 및 기타 승인된 자가 투약품**을 학교 견학 및/또는 방과 후 프로그램에 적절하게 자녀가 사용할 수 있도록 자녀 편에 보내셔야 합니다. 비축 약품은 OSH에 의해 교내에서만 사용될 수 있습니다.
- **본 양식을 뒷면에도 반드시 서명하시어, 귀 자녀가 이러한 서비스를 학교에서 받을 수 있게 하십시오.**
- **의료 양식(들)의 좌측 상단에 자녀의 최근 사진을 부착하십시오. 이렇게 하면 학교에서 귀 자녀를 명확하게 파악하는데 도움이 됩니다.**

질문이 있으시면 자녀의 학교 간호사에게 연락하십시오. 여러분의 협조에 감사 드립니다.