

**혈당체크, 투약 및 식이요법 필요시:  
학부모/보호자 동의 2016-2017**

저는 여기 동의합니다:

- (1) 자녀의 혈당 모니터링;
- (2) 의료 처방된 치료 제공 및/또는;
- (3) 첨부된 자녀의 주치의의 지시에 따라 학교 내 또는 학교 후원 활동에서 저혈당 발생시 치료.

저는 자녀의 의사(health care practitioner)의 지시에 따라 약품의 보관 및 투여와 약품 투여에 필요한 기구의 보관 및 사용을 동의합니다. 저는 본인이 반드시 학교에 약품 및 비엔돌린 인헤일러를 포함한 투여에 필요한 기구를 제공해야 함을 이해합니다. 약품은 약국에서 받은 라벨이 달린 용기 그대로 제공해야 합니다 (이런 약국에서 제공한 학교 밖에서 사용할 용기는 따로 준비할 것입니다); 처방약의 라벨에는 반드시 학생 이름, 약국 이름 및 전화번호, 면허를 가진 처방자의 이름, 리필 날짜 및 횟수, 약의 이름, 투약 용량, 투약 횟수, 투약 방법 및/또는 기타 준수사항들이 명시되어야 합니다; 일반의약품 및 약품 샘플은 반드시 제조사의 생산용기 그대로 제공해야 하며 학생의 이름을 용기에 부착하십시오. 저는 제가 약품을 제공할 때 반드시 본래 그대로 개봉하지 않아야 함을 알고 있습니다. 저는 모든 필요한 스낵, 기기 및 비품을 반드시 구비하며 위에 명시된 처방 또는 투약방법에 변경이 있으면 즉시 학교 간호사에게 통지해야 함을 이해합니다.

저는 이 동의서가 뉴욕시 교육청("DOE")에서 후원하는 여름방학 교육 프로그램이 종료할 때까지 또는 제 아이의 의사가 상기 처방된 내용을 감독 및 치료하는 것에 관련하여 발행한 새로운 약품이나 지시 내용을 학교 간호사에게 전달할 때 까지만 유효하다는 것을 알고 있습니다 (더 빠른 것 기준).

본인은 뉴욕시 정신보건 위생청 ("DOHMH"), 뉴욕시 교육청 및 산하 에이전트는 의무실 및 자녀가 혈당을 체크할 장소의 안전한 환경을 보장할 의무를 가짐을 이해합니다. 저는 글루코스 모니터링 및 인슐린 투약을 위한 안전한 랜셋 및 기타 안전한 바늘 기구를 제공하기 위해 모든 노력을 기울일 것입니다.

당뇨 약품 투여 양식을 접수함으로써 본인은 DOHMH가 학교보건 담당실 (OSH)을 통해 자녀에게 특정 보건 서비스 제공을 요청합니다. 저는 OSH 의사의 의료 평가 및 신체 검사가 이들 서비스에 포함될 수 있다는 것을 알고 있습니다. 상기 요청하는 의료 서비스 제공에 대한 완전한 안내가 본 약식에 포함되어 있습니다. 저는 OSH와 소속 에이전트 및 상기 요청하는 의료 서비스 제공에 관련된 직원은 본 약식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 이해합니다. 저는 이 양식은 OSH 또는 교육청이 요청된 서비스 제공에 동의하는 양식이 아니라 서비스에 대한 본인의 요청 및 동의 양식임을 이해합니다. 서비스가 필요하다고 결정되면 학생 편의 계획이 필요할 수도 있으며 학교에서 작성할 것입니다.

저는 OSH 및 교육청 산하 직원과 부서들이 아이의 건강 상태, 약품 및/또는 치료에 관련하여 적절하다고 생각되는 더 상세한 정보를 제 아이에게 약품이나 보건 서비스를 제공하는 의사 및/또는 약사에게 연락, 상담 및 취득할 수 있다는 것을 알고 있습니다.

**\*\*약물 자가 투여: 에피네프린, 천식 인헤일러 및 기타 허가된 자가 투여 약물 사용에 대해서는 다음 문단에 이니셜을 기입하십시오:**

\_\_\_\_\_ 저는 자녀가 처방된 약품을 자가 투여할 수 있도록 완전히 지도하였음을 보증합니다. 또한 본인은 자녀가 상기 처방된 약물을 학교에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 본인은 자녀에게 상기 설명한 대로 라벨이 부착된 용기에 약물을 제공하고 자녀의 해당 약물 사용을 모두 모니터링하며 학교에서 해당 약물 사용의 모든 결과에 대한 책임이 본인에게 있음을 알고 있습니다. 본인은 제 아이가 학교에서 책임감 있는 태도로 자가 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사가 확인할 것임을 이해합니다. 그리고 본인은 자녀가 자가투여를 위한 약품을 충분히 가지고 있지 않을 때를 대비하여 의무실에 약품 이름을 정확히 기재한 통에 "에비" 약품을 제공할 것에 동의합니다.

\_\_\_\_\_ 본인은 자녀가 일시적용 해당 약품을 자가 투여하지 못할 때를 대비하여 학교 간호사가 보관/투여하는 것에 동의 합니다.

<b>학부모/보호자의 서명</b>		<b>학부모/보호자 성명 인쇄체로 기입</b>	
서명한 날짜 ____/____/____		학부모/보호자의 주소	
전화번호: 주중 (____)____-____ 집(____)____-____ 핸드폰*(____)____-____			
학부모/보호자 이메일 주소*			
기타 비상 연락 정보		연락 전화번호(____)____-____	
<b>아래 아무것도 기재 하지 마십시오 - OSH 전용 (DO NOT WRITE BELOW - FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY)</b>			
Received by: Name	Date ____/____/____	Reviewed by: Name	Date ____/____/____
bG monitoring without supervision: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Insulin administration without supervision: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center			
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):			
Revisions per OSH after consultation with prescribing health care practitioner.			

