

REQUEST FOR PROVISION OF MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION)

PROVIDER TREATMENT ORDER FORM – OFFICE OF SCHOOL HEALTH – School Year 2017-2018

The Following Section To Be Completed By Student's Parent/Guardian

میں بذریعہ ہذا اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کی منسلکہ ہدایات کے مطابق طبی طور پر تجویز کردہ دفعات کی اجازت دیتا ہوں۔ میں جانتا ہوں کہ میں درخواست کردہ علاج کی پیش بینی کے لیے تمام آلات اور لوازمات فراہم کرنے کے لیے ذمہ دار ہوں اور میرے بچے کے نسخے یا مذکورہ بالا بیان میں کسی بھی تبدیلی کی صورت میں میرے لیے اسکول نرس کو فوراً مطلع کرنا لازمی ہے۔

میں جانتا ہوں کہ یہ اجازت صرف نیویارک شہر محکمہ تعلیم ("DOE") کے کفالت کردہ موسم گرما کے تدریسی پروگرام کے دورانیے کے دوران یا اس وقت تک مستند ہے جب تک کہ میں مذکورہ بالا نسخے کے استعمال اور علاج کے متعلق اپنے بچے کے معالج کے ذریعہ جاری کردہ نیا نسخہ نئی ہدایات اسکول نرس کو نہ پہنچا دوں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔

طبی طور پر مجوزہ علاج (غیر ادویاتی) کے اہتمام کی گزارش کا یہ فارم جمع کر کے میں یہ گزارش کر رہا ہوں کہ محکمہ اور نیو یارک شہر محکمہ صحت اور دماغی صحت ("DOMMHM")، اسکول کا دفتر صحت ("OSH") کے ذریعے میرے بچے کو مخصوص صحتی خدمات فراہم کرے۔ اس فارم میں اوپر مطلوبہ صحتی خدمت (خدمات) کے اہتمام کے متعلق تفصیلی اور مکمل معلومات اور ہدایات شامل ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اوپر مطلوبہ صحتی خدمت (خدمات) کے اہتمام کے لیے محکمہ اور DOHMH اور انکے ایجنٹس، اور ملازمین اس فارم میں فراہم کی گئی معلومات اور ہدایات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔

میں یہ سمجھتا ہوں کہ یہ فارم مطلوبہ خدمات فراہم کرنے کے لیے محکمہ اور 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 جانتا ہوں کہ محکمہ یا محکمہ صحت اور دماغی صحت (DOHMA) اور، اسکے ملازمین اور ایجنٹس، اور اسکے ملازمین میرے بچے کو طبی یا صحت کی خدمات فراہم کرنے والے کسی بھی منظم طبی نگہداشت پیشہ ور اور / یا دوا فروش سے میرے بچے کی طبی کیفیت، دوا اور / یا علاج کے متعلق رابطہ اور مشورہ کر سکتے ہیں اور اس کے متعلق ایسی مزید معلومات حاصل کر سکتے ہیں جو ان کو مناسب لگیں۔

**خود سے دوا لینا یا علاج کرنا: طالب علم کے لیے مجوزہ علاج اور ہدات خود دوا لینے کے لیے اس پیرے پر اپنے نام کے حروف لکھیں

میں بذریعہ ہذا یہ تصدیق کرتا ہوں کہ میرے بچے کو اوپر تجویز کیے گئے علاج کو خود کرنے کی مکمل ہدایت دے دی گئی ہے اور وہ اس مجوزہ علاج کو بخوبی کرنے کے قابل ہے۔ میں اپنے بچے کو مزید اجازت دیتا ہوں کہ یہ مذکورہ تجویز کی گئی دوا کو خود سے لے سکتا ہے۔ میں اعتراف کرتا ہوں کہ میں اپنے بچے کو مذکورہ بیان کے مطابق لیبل لگے ہوئے ڈبے میں ایسے آلات فراہم کرنے کا، میرے بچے کے ذریعہ اس علاج کی کسی بھی طرح کی اور مکمل نگرانی کا، میرے بچے پر اسکول میں ہدات خود علاج کرنے کے کسی بھی طرح کے اور تمام نتائج کے لیے ذمہ دار ہوں۔ میں جانتا ہوں اسکول کی نرس میرے بچے کی ذمہ دارانہ انداز میں ہدات خود علاج کرنے کی اہلیت کی تصدیق کرے گی۔ اس کے علاوہ، ایسی صورت میں کہ کبھی میرے بچے کے پاس خود سے لینے کے لیے کافی دوا نہ ہو، تو اس غرض سے میڈیکل روم میں رکھنے کے لیے واضح لیبل والی بوتل میں آلات کی "اضافی مقدار" فراہم کرنے کے لیے میں راضی ہوں۔

نام کے ابتدائی حروف

میں اس کو خود سے لینے کے لیے عارضی طور پر قابل نہ ہونے کی صورت میں اسکول نرس کو ایسے آلات کا ذخیرہ کرنے اور / یا میرے بچے کو دینے کی اجازت دیتا ہوں۔

نام کے ابتدائی حروف

یہاں دستخط کریں

براہ مہربانی نوٹ کریں کہ والدین کے ذریعے تیار کردہ خوراک یا نرس کے ذریعے تیار کردہ خوراک کو، جیسے پاؤڈر کو پانی میں حل کرنا، ڈائریکٹر / ڈپٹی ڈائریکٹر برائے نرسنگ کی جانب سے منظوری حاصل کرنی چاہیے۔

والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں

والدین / سرپرست کا پتہ

ٹیلیفون نمبر / دن کا گھر

والدین / سرپرست کا ای میل پتہ

ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام

رابطے کا ٹیلیفون نمبر

DO NOT WRITE BELOW – FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY

OSIS No.	MI	First Name	Student Last Name
Date	Reviewed by: Name	Date	Received by: Name
Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504			
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center			
Self-Directs Treatment: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison		Signature and Title (RN OR SMD)	

FOR Office of School Health (OSH) USE: Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner.