

REQUEST FOR PROVISION OF MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION)
OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2016-2017

학부모/보호자 동의:

저는 첨부된 제 아이의 의사(health care practitioner) 지시에 따라 처방된 의료 치료 제공에 동의합니다. 저는 필요한 치료를 위한 모든 필요 장비와 내용물을 준비할 책임이 제게 있으며 상기 기재된 처방전이나 지시 내용에 어떤 변동이 생기면 제가 반드시 즉각적으로 학교 간호사에게 알려야 한다는 것을 알고 있습니다.

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).

의료 처방 치료 (비-약물)에 대한 제공 요청을 접수함으로써 본인은 교육청 및 뉴욕시 보건정신위생청 (DOHMH)가 학교보건 담당실 (OSH)을 통해 자녀에게 특정 보건 서비스 제공을 요청합니다. 상기 요청하는 의료 서비스 제공에 대한 완전한 안내가 본 약식에 포함되어 있습니다. 본인은 교육청, MOHMH 및 소속 에이전트 및 상기 요청하는 의료 서비스 제공에 관련된 직원은 본 약식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 이해합니다.

본인은 이 약식은 교육청 또는 DOHMH 가 요청된 서비스 제공에 동의하는 약식이 아니라 서비스에 대한 본인의 요청, 동의 및 허가 양식임을 이해합니다. 서비스가 필요하다고 결정되면 학생 편의 계획이 필요할 수도 있으며 학교에서 작성할 것입니다.

저는 교육청 또는 DOHMH 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.

****처치 본인 실행: 학생이 처방된 자가 처치를 하는 것에 대해 이 문장에 이니셜을 기재하십시오**

_____ 저는 자녀가 처방된 처치를 스스로 할 수 있도록 완전히 지도하였음을 보증합니다. 또한 저는 제 아이가 상기 처방된 자가 처치를 학교에서 실행하는 것에 동의합니다. 저는 자녀에게 상기 설명한 대로 라벨이 부착된 물품을 제공하고 자녀의 이런 처치의 활용을 일부 및 전체 감독하며 학교에서 제 아이의 자가 처치로 인한 모든 결과에 대한 책임이 본인에게 있음을 알고 있습니다. 저는 제 아이가 학교에서 책임감 있는 태도로 자가 처치할 능력이 있는지 학교 간호사가 확인할 것임을 이해합니다. 그리고 저는 자녀가 자가 처치를 위한 물품을 충분히 가지고 있지 않을 때를 대비하여 의무실에 물품 이름이 정확히 기재된 상자에 "예비" 물품을 제공할 것에 동의합니다.

_____ 저는 제 아이가 일시적으로 스스로 보관 및/또는 처치하지 못할 때를 대비하여 학교 간호사가 보관 및 실행하는 것에 동의 합니다.

학부모/보호자의 서명	학부모/보호자 성명 인쇄체로 기입
서명 날짜 ____/____/____	학부모/보호자의 주소
전화번호: 주간 (____)____-____ 자택 (____)____-____ 휴대전화* (____)____-____	
기타 비상 연락 정보	연락 전화번호 (____)____-____

아래 아무것도 기재 하지 마십시오 - OSH 전용 (DO NOT WRITE BELOW - FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY)

Student Last Name	First Name	MI	OSIS No: _____
Received by: Name	Date ____/____/____	Reviewed by: Name	Date ____/____/____
<input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Other	Referred to School 504 Coordinator: <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			
Self-Directs Treatment: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Signature and Title (RN OR SMD):		Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison ____/____/____	
FOR Office of School Health (OSH) USE: Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner.			

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

OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2016-2017

ATTACH STUDENT PHOTO HERE	Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
					MM DD YYYY	
	Guardian e-mail address*			OSIS Number _____		
School (include name, number, address and borough)				DOE District	Grade	Class
				_____	_____	_____

Health Care Practitioner's Statement/Order

ONE ORDER PER FORM (make copies of this form for additional orders)

(Attach prescription(s) / additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization).

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization Cath. Size _____ | <input type="checkbox"/> Tracheostomy Care Trach. Size _____ | <input type="checkbox"/> Ostomy Care |
| <input type="checkbox"/> Central Venous Line | <input type="checkbox"/> Trach. suctioning Cath. Size _____ | <input type="checkbox"/> Chest Clapping |
| <input type="checkbox"/> Gastrostomy/Jejunostomy Feeding: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity | <input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below | <input type="checkbox"/> Percussion |
| <input type="checkbox"/> FeedingTube replacement if dislodged - specify in area below | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration | <input type="checkbox"/> Postural Drainage |
| <input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring | <input type="checkbox"/> Dressing Change |
| <input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning | | |

Student will also require treatment: during transport on school-sponsored trips during afterschool programs

Select the most appropriate option for this student:

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
- Independent Student: student is self-carry/self-administer **(NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES): PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE**
- I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed treatment effectively for school/field trips/school-sponsored events _____
- Practitioner's initials

1. Diagnosis Enter ICD Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)

_____ _____

Diagnosis is self-limited Yes No

2. Treatment required in school:

Feeding: _____

Formula Name	Concentration	Route	Amount/Rate	Duration	Frequency/specific time(s) of administration
--------------	---------------	-------	-------------	----------	--

Oxygen administration: _____ _____ prn O2 Sat < _____%

Amount (L)	Route	Frequency/specific time(s) of administration	Specify Symptoms
------------	-------	--	------------------

Other Treatment: _____ _____

Treatment Name	Route	Frequency/specific time(s) of administration	Specify Symptoms
----------------	-------	--	------------------

Additional Instructions or Treatment:

3. Conditions under which treatment should not be provided:

4. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

5. Specific instructions for nurse (if one is assigned and present) in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

6. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

7. Date(s) when treatment should be: Initiated ___/___/_____ terminated ___/___/_____

Health Care Practitioner	LAST NAME	FIRST NAME	(Please Print)	Signature
Address		Tel. No. (____)____-_____		Fax. No (____)____-_____
E-mail address*				Cell phone* (____)____-_____
NYS License No (Required) _____	Medicaid No _____	NPI No _____	Date ___/___/_____	