

볼티모어 카운티 공립학교
보건관리 사무소

허가받은 비처방전 약품 투약 동의서 및 건강 연락처

학생 이름: _____ 생년월일: _____

학교: _____ 학년 / 선생님: _____

알레르기 (약물 알레르기 포함): _____

귀댁의 자녀가 정기적으로 복용하는 모든 약을 기재하십시오. _____

의료/건강 문제: 해당사항을 모두 체크하십시오.

- 천식 주의 결함 활동향진 장애 (ADHD) 출혈 질환 당뇨 심장병 편두통
- 발작 시력 (안경 착용) 기타 (설명하십시오.) _____

다음의 약(들)이 내 아이에게 제공되기를 원합니다. (체크하십시오.)

두통/열/화상/귀아픔/근육통/통증/생리통

소화불량

아세트아미노펜 (타이레놀 종류)

아이뷰프로펜 (에드빌 종류)
(12 세 이상/생리통은 9 세 이상)

씹어먹는 산중화제
(텀스 종류)

경미한 알레르기 반응

기침/목 아플때

기저귀 발진

다이펜하이드라미민(베나드릴 종류)

기침 멎게하는 약

산화 아연

내 아이에게 학교에서 아무 약도 제공하지 마십시오.

연락처

부모/보호자 1 이름: _____

부모/보호자 2 이름: _____

부모/보호자 1 집전화: _____

부모/보호자 2 집전화: _____

부모/보호자 1 휴대폰: _____

부모/보호자 2 휴대폰: _____

부모/보호자 1 직장: _____

부모/보호자 2 직장: _____

부모/보호자 1 이메일: _____

부모/보호자 2 이메일: _____

부모/보호자 집주소: _____

부모 외에 학생을 데려갈 수 있는 다른 사람:

이름: _____ 전화번호(들): _____

이름: _____ 전화번호(들): _____

저는 위에 체크한 약들이 볼티모어 카운티 보건국 학교 보건관리 서비스의 수석의사와 볼티모어 공립학교 보건관리 책임자에 의해 제정 및 확립된 규약에 따라 공인 간호사/학교 간호사에 의해 투약된다는 것을 이해합니다. 저는 상표있는 약품 대신 동일 성분의 일반 약품이 쓰일수도 있다는 것을 이해합니다. 여기 서명함으로써 이 페이지에 적힌 사람들이 내 아이를 데려가는 것을 허락합니다.

부모/보호자/자격이 되는 학생의 서명

날짜

비처방전 약물 투약에 관한 연례 동의서 및
건강 연락처 정보

학부형 또는 보호자께:

이 편지의 뒷면을 보시면 학교 간호사에게 제공될 귀댁 자녀의 건강에 관한 최신 정보, 아프거나 다쳤을 경우 연락해야 할 사람들 및 모든 학생들에게 무료로 제공되는 비처방전 약물 투약의 동의 여부를 표시할 수 있는 양식이 있습니다. 이 양식은 매 학년도마다 작성하셔야 합니다.

비처방전 약물 프로그램 (Discretionary Medications)은 약간의 불편함을 덜어주고 불필요한 조퇴를 막기 위하여 계획된 것으로, 프로그램에 포함된 약물들은 볼티모어 카운티 보건국 학교 보건관리 서비스의 수석의사 및 볼티모어 공립학교 보건관리 사무소 책임자에 의해 허가 받은 약물들입니다.

귀댁의 자녀에게 약을 제공하려면 우선 귀하의 동의가 반드시 있어야 합니다. 확립된 규정에 따라 공인 간호사/학교 간호사만이 이 약들을 투여할 수 있습니다. 동의서에 이용가능한 약물들이 적혀 있습니다. 동의서를 작성하셔서 학교 간호사에게 보내 주십시오.

허가받은 비처방전 약물들은 특별한 경우 가끔 사용하기 위한 것입니다. 귀댁의 자녀가 정기적으로 상용하는 처방 또는 비처방 약품이 있을 경우에는 의사에게 처방전을 받으셔서 약을 직접 제공하셔야 합니다.

더 자세한 내용이나 문의사항은 학교 간호사에게 연락해 주십시오.

감사합니다.

Deborah Somerville, RN, MPH
책임자
보건관리 사무소
볼티모어 공립학교

Lucia Donatelli, MD, FAAP
수석의사
아동, 청소년 및 학교 건강 관리 사무소
볼티모어 카운티 보건국