



提供醫藥處方治療授權書

免責和免償協議

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
MONTGOMERY COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Rockville, Maryland 20850

MCPS表格525-12
2019年2月
第1頁, 共2頁

第一部分: 由家長/監護人填寫

我在此請求並授權蒙郡公立學校(MCPS)和蒙郡健康和大眾服務部(DHHS)的工作人員遵照經授權處方人員的指示(下面第二部分)為我的孩子提供醫療處方治療。只要MCPS和DHHS的工作人員遵照下面第二部分中經授權處方人員陳述的醫囑, 我同意不追究和免除針對MCPS和DHHS及其官員、工作人員或代理人因給這名學生提供治療而提出的訴訟、索賠要求或法律行動。我知道, 治療可能會由MCPS和/或DHHS的一名官員、工作人員、雇員或代理人提供, 他們沒有接受過專業醫務人員的培訓, 不是專業保健人士。

學生姓名: 姓 _____ 名 _____ 中間名縮寫 _____

MCPS ID# _____ 出生日期 ____/____/____ 學校名稱 _____

家長/監護人簽名 _____ 電話 ____-____-____ 日期 ____/____/____

第二部分: 由獲准開處方的人員填寫 (TO BE COMPLETED BY THE AUTHORIZED PRESCRIBER)

I understand that treatments may be administered in MCPS by non-health professionals. These individuals may be employees of MCPS who are designated to administer the treatment(s), or the DHHS School Health Room Technician. These persons will be trained by the School Community Health Nurse (SCHN) to give the specific treatment.

Treatment _____ Diagnosis _____

Frequency of administration (ranges not accepted, i.e. every 2 to 4 hours) _____

If PRN specify when indicated (signs/symptoms) _____

Treatment orders effective Current school year, **or** Effective dates ____/____/____ to ____/____/____

Possible complications and/or special considerations

Equipment needed for treatment, including any special care and handling

Symptoms/observations to be reported

List other condition(s) and/or diagnosis(es) of student that staff need to be aware of

Authorized Prescriber's Name (print/type) _____

Authorized Prescriber Signature _____

Phone Number ____-____-____ Date ____/____/____

第三部分: 由學校社區保健護士或校長填寫 (TO BE COMPLETED BY THE SCHOOL COMMUNITY HEALTH NURSE OR PRINCIPAL)

Parts I and II are complete, including signatures.

Signature, School Community Health Nurse (SCHN)/Principal _____ Date ____/____/____

說明/資訊

"醫療處方治療"不是指殘疾人教育法案34 C.F.R. Section 300.13條和/或馬里蘭州規章法13A.05.01.02.中陳述的"醫療服務"。應當在諮詢學校保健護士(SCHN)之後使用這份表格記錄以下治療：導尿、氣管切開術、胃造口餵養和口腔抽吸。這些只是典型治療的部分範例,但不是全部的治療。請向SCHN諮詢進一步的資訊。

1. 家長/監護人將負責獲得這份表格要求的醫囑(第二部分)、簽名(第一部分)、並把表格交回給學校。這份表格只在簽名的學年有效。每年或每次治療或接受治療的病情有變化時都必須重新填交一份表格。
2. 校長**和/或**SCHN將確保表格中的所有項目都已填妥。**這份表格必須保存在學生的健康檔案中。**
3. 家長/監護人必須負責提供治療用的必需設備, 並負責維護該設備的良好工作狀態。此外, 家長/監護人必須負責在學年結束後一週內取回提供給學校的任何設備。
4. 如果沒有家長/監護人簽名的授權書、免責書和經授權處方人員的指示, 將不能在學校或學校主辦的活動中提供醫療治療。
5. 如果對學生的情況和/或學生的處方治療有問題, 1996年健康保險便利和責任法案(HIPAA)允許SCHN致電處方開具者。